T.C.

HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ

TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

DEPREMİN PSİKOSOSYAL ETKİLERİNİN SOSYAL MEDYA KULLANIMINA ETKİSİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ali BEYAZGÜL

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Cahit ÖZER

HATAY – 2024

T.C.

HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ

TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

DEPREMİN PSİKOSOSYAL ETKİLERİNİN SOSYAL MEDYA KULLANIMINA ETKİSİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ali BEYAZGÜL

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Cahit ÖZER

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DEPREMİN PSİKOSOSYAL ETKİLERİNİN SOSYAL MEDYA KULLANIMINA ETKİSİ

Dr. Ali BEYAZGÜL

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza)……

Prof. Dr. Cahit Özer

Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının "Tıpta Uzmanlık" derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza)……

Prof. Dr. Cahit ÖZER

Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile "Tıpta Uzmanlık" tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza)...……

Prof. Dr. Cahit ÖZER

Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. Prof. Dr. Cahit ÖZER
2. Prof. Dr. Erhan YENGİL
3. Doç. Dr. Pınar DÖNER GÜNER

III. İÇİNDEKİLER

III. İÇİNDEKİLER iii
IV. TABLOLAR LİSTESİ v
V. ŞEKİLLER LİSTESİ vii
VI. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ viii
VII. TEŞEKKÜR ix
VIII. ÖZET x
IX. ABSTRACT xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Deprem 4
2.1.1. Kahramanmaraş 6 Şubat Depremleri 4
2.1.2. Depremin Psikososyal Etkileri 5
2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu 5
2.2.1. Epidemiyoloji 6
2.2.2. Tanı 7
2.2.3. Tedavi 9
2.3. Depresyon 10
2.3.1. Epidemiyoloji 11
2.3.2. Tanı 11
2.3.3. Tedavi 12
2.4. Anksiyete 13
2.4.1. Epidemiyoloji 13
2.4.2. Tanı Kriterleri 14
2.4.3. Tedavi 15
2.5. Sosyal Medya Kullanımı 18
2.5.1. Sosyal Medya ve Ruh Sağlığı 18
2.5.2. İnternet Bağımlılığı 19
2.5.3. Sosyal Medya Bağımlılığı 19
2.5.4. Sosyal Medya ve FoMO 19
2.5.5. Deprem ve Sosyal Medya Kullanımı 20
3. GEREÇ VE YÖNTEM 21
3.1. Araştırma İzni 21

3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi 21
3.3. Verilerin Toplanması 22
3.4. Anket ve Ölçekler 22
3.4.1. Anketler 22
3.4.2. Ölçekler 23
3.5. Veri İncelemesi ve İstatistiksel Değerlendirme Süreçleri 25
4. BULGULAR 26
5. TARTIŞMA 74
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 82
7. KAYNAKLAR 84
8. EKLER 99
9. ÖZGEÇMİŞ 110

IV. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri 28
Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik diğer özellikleri..... 29
Tablo 3. Depremin etkileri ile ilgili sosyodemografik veriler 30
Tablo 4. IES-R Ölçeği ve DASS-21 Alt Ölçeklerinin Kesme Değerleri 31
Tablo 5. Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanların Ortancalarının İncelenmesi 32
Tablo 6. Cinsiyete göre DASS-21 ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması 33
Tablo 7. Cinsiyete göre IES-R ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması..... 33
Tablo 8. Cinsiyete göre FoMO ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması 34
Tablo 9. DASS-21 ve alt ölçek puanlarının medeni duruma göre farklılıklarının incelenmesi..... 35
Tablo 10. IES-R ve alt ölçek puanlarının medeni duruma göre farklılıklarının incelenmesi..... 36
Tablo 11. Medeni duruma göre FoMO ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması..... 37
Tablo 12. Eğitim düzeyine göre DASS-21 ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması38
Tablo 13. Eğitim düzeyine göre IES-R ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması 40
Tablo 14. Eğitim düzeyine göre FoMO ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.... 41
Tablo 15. Gelir düzeyine göre DASS-21 ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.. 43
Tablo 16. Gelir düzeyi farklılıklarının IES-R ve alt boyut puanlarına etkisi. 44
Tablo 17. Gelir düzeyi farklılıklarının FoMO ve alt boyut puanlarına etkisi..... 45
Tablo 18. Sigara içme durumunun DASS-21 ölçek ve alt ölçek puanları ile karşılaştırılması 46
Tablo 19. Sigara içme durumunun IES-R ölçek ve alt ölçek puanları ile karşılaştırılması 46
Tablo 20. Sigara içme durumunun FoMO ölçek ve alt ölçek puanları ile karşılaştırılması 47
Tablo 21. Alkol kullanma durumunun DASS-21 ölçek ve alt ölçek puanları ile karşılaştırılması 48
Tablo 22. Alkol tüketme durumunun IES-R ölçek ve alt ölçek puanları ile karşılaştırılması 48
Tablo 23. Alkol tüketme durumunun FoMO ölçek ve alt ölçek puanları ile karşılaştırılması 49
Tablo 24. Kronik hastalık sayısının DASS-21 ölçek ve alt ölçek puanları ile karşılaştırılması 50
Tablo 25. Kronik hastalık sayısının IES-R ölçek ve alt ölçek puanları ile karşılaştırılması 51
Tablo 26. Kronik hastalık sayısının FoMO ölçek ve alt ölçek puanları ile karşılaştırılması 52
Tablo 27. Katılımcıların deprem sonrası psikiyatrik ilaç kullanımının DASS-21 ölçeği ve alt ölçekleriyle karşılaştırılması..... 53
Tablo 28. Katılımcıların deprem sonrası psikiyatrik ilaç kullanımının IES-R ölçeği ve alt ölçekleriyle karşılaştırılması..... 54
Tablo 29. Katılımcıların deprem sonrası psikiyatrik ilaç kullanımının FoMO ölçeği ve alt ölçekleriyle karşılaştırılması..... 55
Tablo 30. Katılımcıların deprem sonrası psikososyal destek alma durumlarının DASS-21 ölçeği ve alt ölçekleriyle karşılaştırılması 55

Tablo 31. Katılımcıların deprem sonrası psikososyal destek alma durumlarının IES-R ölçeği ve alt ölçekleriyle karşılaştırılması 56
Tablo 32. Katılımcıların deprem sonrası psikososyal destek alma durumlarının FoMO ölçeği ve alt ölçekleriyle karşılaştırılması 57
Tablo 33. Katılımcıların deprem sonrası dönemde sosyal medyada geçirdikleri sürenin DASS-21 ölçek ve alt ölçekleriyle karşılaştırılması 58
Tablo 34. Katılımcıların deprem sonrası dönemde sosyal medyada geçirdikleri sürenin IES-R ölçek ve alt ölçekleriyle karşılaştırılması 61
Tablo 35. Katılımcıların deprem sonrası dönemde sosyal medyada geçirdikleri sürenin FoMO ölçek ve alt ölçekleriyle karşılaştırılması 64
Tablo 36. Katılımcıların deprem sonrası dönemde güncel olaylardan haberdar olmak için en sık kullandıkları sosyal medya platformunun DASS-21 ölçek ve alt ölçekleriyle karşılaştırılması 65
Tablo 37. Katılımcıların deprem sonrası dönemde güncel olaylardan haberdar olmak için en sık kullandıkları sosyal medya platformunun IES-R ölçek ve alt ölçekleriyle karşılaştırılması 67
Tablo 38. Katılımcıların deprem sonrası dönemde güncel olaylardan haberdar olmak için en sık kullandıkları sosyal medya platformunun FoMO ölçek ve alt ölçekleriyle karşılaştırılması 68
Tablo 39. Deprem Sonrası Psikososyal Destek Alımı ile Deprem Sonrası Dönemde Sosyal Medyada Gün İçinde Geçirilen Sürenin İncelenmesi 71
Tablo 40. Deprem Sonrası Psikiyatrik İlaç Kullanımı ile Deprem Sonrası Dönemde Sosyal Medyada Gün İçinde Geçirilen Sürenin İncelenmesi 71

V. ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Katılımcıların depresyon alt ölçek skoru ile deprem sonrası sosyal medya kullanım süresi arasındaki ilişki 59
Şekil 2. Katılımcıların anksiyete alt ölçek skoru ile deprem sonrası sosyal medya kullanım süresi arasındaki ilişki 60
Şekil 3. Katılımcıların stres alt ölçek skoru ile deprem sonrası sosyal medya kullanım süresi arasındaki ilişki 60
Şekil 4. Katılımcıların yeniden yaşama alt ölçek skoru ile deprem sonrası sosyal medya kullanım süresi arasındaki ilişki 62
Şekil 5. Katılımcıların kaçınma alt ölçek skoru ile deprem sonrası sosyal medya kullanım süresi arasındaki ilişki 63
Şekil 6. Katılımcıların aşırı uyarılma alt ölçek skoru ile deprem sonrası sosyal medya kullanım süresi arasındaki ilişki 63
Şekil 7. Depresyon düzeyleri ile FoMO ölçek skorunun incelenmesi 69
Şekil 8. Anksiyete düzeyleri ile FoMO ölçek skorunun incelenmesi 69
Şekil 9. Stres düzeyleri ile FoMO ölçek skorunun incelenmesi 70
Şekil 10. TSSB düzeyleri ile FoMO ölçek skorunun incelenmesi 70
Şekil 11. IES-R total ölçek skoru ile DASS-21 total ölçek skoru arasındaki ilişki ... 72
Şekil 12. DASS-21 total ölçek skoru ile FoMO total ölçek skoru arasındaki ilişki .. 72
Şekil 13. IES-R total ölçek skoru ile DASS-21 total ölçek skoru arasındaki ilişki ... 73

VI. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

FOMO: Fear of Missing Out

Mw: Moment büyüklüğü

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

SSRI: Serotonin Geri Alımını Seçici Olarak Engelleyen İlaçlar

SNRI: Serotonin Norepinefrin Geri Alımını Seçici Olarak Engelleyen İlaçlar

WHO: World Health Organization

ICD: Uluslararası Hastalık Sınıflandırılması

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

CDC: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

FDA: Food and Drug Administration

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

MBCT: Mindfulness-Based Cognitive Therapy

ECT: Elektrokonvulzif Terapi

VNS: Vagus Siniri Uyarımı

DASS-21: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21

IES-R: Olayların Etkisi Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Sürüm

HMKÜ: Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi

CAPS: Klinisyenler Tarafından Gerçekleştirilen Travma Sonrası Stres Değerlendirme Ölçeği

VII. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince akademik ve tıbbi bilgi birikimini ve tecrübelerini her ortamda bize öğretmeye çalışan, kanıta dayalı tıbbın önemini her daim vurgulayan, aile hekimliğinin ana gövdelerini bizlere en iyi şekilde aktaran, akademik bilginin geliştirilmesi anlamında tüm asistan arkadaşlarımı teşvik etmeye çalışan, hoşgörülü, babacan ve samimi yaklaşımıyla her zaman yanımızda olan, tezimin her aşamasında yol gösteren ve yardımcı olan kıymetli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Cahit ÖZER'e,

Her ne koşulda olursak olalım güler yüzünü bizden esirgemeyen, sağlık sisteminin en önemli ayaklarından biri olan hekimliğin önemini her daim bize hatırlatan, hasta-doktor ilişkisinde bütüncül yaklaşımın çok önemli olduğunu ve aile hekimliğinin bu yönünün her zaman önemli olacağını bizlere anlatan, her zaman yanımızda olduğunu hissettiren kıymetli hocam Sayın Prof. Dr. Erhan YENGİL'e,

Bölüm içinde yardımseverliği bizlere aşılayan, sorumluk sahibi olmayı teşvik eden, aile hekimliğinin toplum için önemli olduğunu ve bunun bilincinde olmamız gerektiğini bizlere aşılayan, bizlere her daim güler yüzlü olan ve samimi yaklaşımlar gösteren, bizlere sosyal ve mesleki farkındalıklar aşılayan değerli hocam Sayın Doç. Dr. Pınar DÖNER GÜNER'e,

Her daim beraber çalışmaktan büyük zevk aldığım sevgili çalışma arkadaşlarıma,

Hayat koşulları ne olursa olsun benden desteklerini esirgemeyen çok sevgili aileme,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım…

Dr. Ali BEYAZGÜL

VIII. ÖZET

DEPREMİN PSİKOSOSYAL ETKİLERİNİN SOSYAL MEDYA KULLANIMINA ETKİSİ

Amaç: Bu araştırmada, üçüncü basamak bir hastanenin aile hekimliği polikliniğine başvuran 15 yaş ve üzeri depremzede bireylerde, deprem nedeniyle gelişen psikososyal etkilerin sosyal medya kullanımına etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı tipte bir anket çalışmasıdır. Hatay ili, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran 15 yaş ve üzeri 676 bireye bireylere yüz yüze görüşme yoluyla anket uygulandı. Sosyodemografik veriler, 6 Şubat 2023 depremleri ve sonrasındaki artçı depremlerin etkileri ile ilgili kişisel veriler, deprem öncesi ve sonrası dönemde sosyal medya kullanım alışkanlıkları, deprem sonrası dönemde alınan psikososyal terapiler ile ilgili soruları içeren anketin yanında depresyon anksiyete stres-21 ölçeği (DASS-21), olayların etkisi ölçeği-revize edilmiş (IES-R) ve sosyal medyadaki gelişmeleri kaçırma korkusu (FoMO) ölçeği soruları katılımcılara uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 676 birey katılmıştır. Katılımcıların 479'u (%70,9) kadın, 197'i (%70,1) erkek olup, tüm katılımcıların yaş ortalaması 29,3±11,6 idi. Katılımcıların ölçek puan ortancalarına bakıldığında IES-R ölçek puan ortancası 34, DASS-21 ölçek puan ortancası 20, FoMO ölçek puan ortancası 15 olarak bulunmuştur. Katılımcılar arasında deprem sonrası dönemde psikososyal destek alan bireylerde, destek almayan bireylere göre FoMO ölçek puanı daha yüksek görülmüştür ($p=0,032$). Deprem sonrası dönemde sosyal medyada uzun süre vakit geçiren katılımcıların diğerlerine göre DASS-21, IES-R ve FoMO ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$, $p=0,001$, $p<0,001$). Katılımcıların FoMO ölçek puanları ile DASS-21 ve IES-R ölçek puanları arasında pozitif yönde zayıf doğrusal bir ilişki görülmüştür ($r=0,298$, $r=0,200$; $p<0,001$, $p<0,001$).

Sonuçlar: Kahramanmaraş merkezli depremler sonrası sosyal medya kullanım süresi, psikososyal sorunlarla ilişkilidir. Anksiyete, depresyon ve TSSB düzeylerindeki artış, sosyal medyadaki gelişmeleri kaçırma korkusu seviyesinin artmasına neden olmaktadır.

Anahtar kelimeler: Deprem, Psikososyal Etkiler, Sosyal Medya, FoMO, Travma Sonrası Stres Bozukluğu

IX. ABSTRACT

THE IMPACT OF THE PSYCHOSOCIAL EFFECTS OF THE EARTHQUAKE ON SOCIAL MEDIA USE

Aim: This study aimed to examine the impact of psychosocial effects caused by the earthquake on social media use among earthquake survivors aged 15 and older who applied to a family medicine clinic at a tertiary hospital.

Materials and Methods: This is a cross-sectional descriptive survey study. A face-to-face survey was conducted with 676 individuals aged 15 and older who applied to the Family Medicine Clinic at Hatay Mustafa Kemal University Hospital in Hatay province for any reason. In addition to sociodemographic data, personal information related to the effects of the February 6, 2023 earthquakes and subsequent aftershocks, social media usage habits before and after the earthquake, and questions about psychosocial therapies received after the earthquake, the survey included the Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21), the Impact of Event Scale-Revised (IES-R), and the Fear of Missing Out (FoMO) scale on social media developments.

Findings: A total of 676 individuals participated in the study. Of the participants, 479 (70.9%) were women, 197 (70.1%) were men, and the mean age of all participants was 29.3±11.6 years. When looking at the median scale scores of the participants, the median IES-R scale score was found to be 34, the median DASS-21 scale score was 20, and the median FoMO scale score was 15. It was observed that individuals who received psychosocial support during the post-earthquake period had higher FoMO scale scores compared to those who did not receive support ($p=0.032$). Participants who spent a long time on social media during the post-earthquake period had higher DASS-21, IES-R, and FoMO scale scores compared to others ($p<0.001$, $p=0.001$, $p<0.001$). A weak positive linear relationship was found between the FoMO scale scores and the DASS-21 and IES-R scale scores of the participants ($r=0.298$, $r=0.200$; $p<0.001$, $p<0.001$).

Conclusions: The duration of social media use after the earthquakes centered in Kahramanmaraş is associated with psychosocial problems. Increases in anxiety, depression, and PTSD levels lead to an increase in the level of fear of missing out (FoMO) on social media developments.

Keywords: Earthquake, Psychosocial Effects, Social Media, FoMO, Post-Traumatic Stress Disorder

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Depremler, dünyanın en yıkıcı doğal afetlerinden biridir ve doğanın kontrol edilemez yıkıcı bir gücü olarak kabul edilmektedir (1).

Türkiye'de yakın tarihte çok şiddetli depremler olmuş ve önemli can ve mal kaybı meydana gelmiştir. En son 6 Şubat 2023 günü Kahramanmaraş merkezli yıkıcı depremler meydana gelmiştir. Günümüze kadar da artçı sarsıntılar devam etmektedir (2).

Doğal afetler, kazalar, savaşlar gibi örnekler, sosyal travmalara sebep olabilir, toplumun tüm bireylerini etkileyebilir. Sosyal travmaya maruz kalan topluluklar ve bireylerin yaşadığı kontrol kaybı; sosyal kaygı, depresyon, öfke, hayal kırıklığı ve sosyal izolasyon düzeylerini ve/veya risklerini artırır (3).

Depremler, öngörülemez doğası nedeniyle insanları fiziksel olarak etkilediği gibi zihinsel olarak da etkileyebilir, bu da insanların depremden daha fazla korkmasına neden olabilir (4). Dünya nüfusunun üçte ikisinden fazlası hayatlarının bir noktasında deprem yaşamış olup, bu durum da geniş bir yelpazede zihinsel ve fiziksel sağlık sonuçlarına yol açmıştır (5). Bu sorunlar arasında yaygın olanlar depresyon, anksiyete ve strestir. Bu belirtiler, zihinsel sağlığın bozulduğunu gösterir (6).

Depremden sonra psikiyatrik bozuklukların, özellikle travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) insidansı ve prevalansı artar (7). Dünya çapında, afet sonrası psikiyatrik durumlar ve hastalıkları değerlendirmek için birçok çalışma yapılmıştır. Deprem sonrası TSSB'nin (Travma Sonrası Stres Bozukluğu) yaygınlığı,

%4 ile %67 arasında seyredebilmektedir (8). FOMO , depresif belirtiler ve TSSB skorlarını negatif yönde etkileyebilmektedir (9) Yine yapılan başka bir çalışmada, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) prevalansının %40.1 olduğunu bildirilmiştir (10). Spitak'ta meydana gelen depremden iki yıl sonra, TSSB prevalansı %49,6 olarak bildirilmiştir (11). 1999 Marmara depreminden yirmi ay sonra yapılan bir çalışmada TSSB prevalansı %39 olarak kaydedilmiştir (12). 2005 Pakistan depreminden üç yıl sonra yapılan bir çalışmada TSSB prevalansının %65 olarak bulunmuştur (13). Depresyon ise önemli bir halk sağlığı sorunudur. Son sistematik derlemelerde doğal afetlerden kurtulanlar arasında olası depresyon yaygınlığının %60'a kadar çıkabileceği gösterilmiştir (14). Depremler gibi önemli doğal afetlerin ardından ortaya çıkan anksiyete bozuklukları, en yaygın ruh sağlığı sorunları arasındadır (15). Anksiyete, bireylerin başka bir depremin olacağı riskini her zaman akla getirebilir, bu da olumsuz koşullarla etkili başa çıkma yeteneklerini önleyebilir (16). İnternet ve medyada gerçekleşen ilerlemeler, afet sonrası bilgilerin hızlı bir şekilde yayılmasına neden olmuş ve bu da bireyler arasında anksiyete düzeylerinin artmasına sebep olmuştur (17, 18). Doğal afetler ve depremler sonrasında bireyler arasında anksiyete, depresyon ve stresin yaygın olduğu anlaşılmaktadır (19).

Günümüzde sosyal medya, kullanıcıları için tercihler, zevkler ve araştırmaları için güçlü bir yol sunmaktadır. İnsanlar devamlı olarak hayatları, ilgi alanları, duyguları ve görüşleri hakkında yorumlar ve multimedya içerikler paylaşmaktadır (20). Acil durum olaylarının ardından sosyal medyada paylaşılan bilgi miktarı normale göre daha çok artmaktadır (21).

Araştırmacılar, TSSB (Travma Sonrası Stres Bozukluğu) ile teknolojinin sağlıklı bir şekilde kullanılmaması arasındaki ilişkileri incelemiştir. Teknolojinin sağlıksız kullanım alanlarından biri de genellikle sosyal medya kullanımı yoluyla ortaya çıkan, gelişmeleri kaçırma korkusudur (Fear of missing out = FOMO) (22). FOMO, fiziksel ve zihinsel sağlığa zararlı olabilecek yaygın bir durumdur (23). Bu durum mutlaka kötü olmak zorunda değildir, bazı insanlarda sosyal medya bağlantılarının gücünü artırabilir ve bu sayede. Deprem nedeniyle sosyal ağların zarar görmesinin FOMO'nun bir nedeni olduğunu varsaymak makul bir yaklaşım olacaktır (22).

Türkiye’de yapılan çalışmalarda şiddetli depresyon belirtisi gösteren bireylerin; normal ve hafif düzey depresyona sahip olanlara göre sosyal medyayı daha çok kullandıkları gösterilmiştir. Depresyon gibi psikososyal semptomlar arttıkça da sosyal medyayı kullanım süresi artmaktadır (24). Deprem gibi doğal afetler gerçekleştikten sonra artan depresyon, anksiyete ve stres bozukluklarına bağlı olarak sosyal medyada geçirilen süre artabilir.

Bu çalışmada Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran 15 yaş ve üzeri depremzede bireylerde 6 Şubat 2023 depremleri sonrası dönemde gelişebilecek psikososyal etkilerin incelenmesi ve bu etkilerin de sosyal medya kullanımına tesirinin analiz edilmesi öngörülmüştür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Deprem

Depremler, insanlar ile yapılar üzerinde yıkıcı etkilere neden olabilen öngörülemeyen doğal afetlerden biridir. Son 20 yıla bakıldığında, dünya çapında meydana gelen 552 afeti, tüm afetlerin %8'ini oluşturarak, sel (%44'ü) ve fırtınaların (%28'i) ardından üçüncü sırada yer almaktadır (25).

2000-2019 yılları arasındaki toplam afetler içinde depremler düşük bir yüzdeye sahip olmalarına rağmen, özellikle hidrometeorolojik olayların sayısal üstünlüğüne rağmen, depremler insan hayatı için potansiyel olarak en ölümcül olaylardan biridir. Ayrıca depremler, etkilendikleri bölgelerde on binlerce insanın hayatını kaybetmesine, yaralanmasına ve evsiz kalmasına neden olabilen afetler olarak kabul edilebilirler. Ekonomik açıdan bakıldığında ise, 2000-2019 döneminde depremler 636 milyar dolarlık ekonomik kayba yol açmıştır bu da depremleri ekonomik etki açısından fırtınalar ($1.39 trilyon, %47) ve sellerin ($651 milyar, %22) ardından üçüncü sıraya yerleştirmektedir (25).

2.1.1. Kahramanmaraş 6 Şubat Depremleri

6 Şubat 2023'te Türkiye'nin Kahramanmaraş iline bağlı Pazarcık ve Elbistan ilçelerinde, sırasıyla Mw = 7.7 (odak derinliği = 8.6 km) ve Mw = 7.6 (odak derinliği = 7 km) büyüklüğünde iki büyük deprem meydana gelmiştir. İlk deprem Türkiye'nin iki büyük aktif fay sisteminden biri olan Doğu Anadolu Fay Zonu üzerinde gerçekleşti. Depremlerin ardından, Gaziantep'in Nurdağı ilçesinde Mw=6.6 büyüklüğünde bir artçı şok daha kaydedildi, bölgede kaydedilen en büyük artçı şok olarak tarihe geçti.

20 Şubat 2023 tarihinde ise Hatay'ın Yayladağı, Defne ve Samandağ ilçelerini etkileyen Mw=6.4 büyüklüğünde başka bir artçı şok meydana geldi (26).

Bu depremler 11 ilde yaklaşık 13,5 milyon kişiyi etkiledi ve 160,000'den fazla bina ile 550,000 bağımsız birim çöktü. 50,000'den fazla insan yaşamını yitirdi ve 100,000'den fazla yaralı olduğu bildirildi (27).

2.1.2. Depremin Psikososyal Etkileri

6 Şubat Kahramanmaraş depremi, uzmanların daha önce yaptıkları uyarılara rağmen hazırlıksız yakalanan, korkutucu ve son derece yıkıcı olması nedeniyle yüksek psikolojik etkiye sahip bir kitlesel travma olarak kabul edilmektedir (28).

Afetlerden sonra erken psikolojik belirtiler, olağan dışı bir olaya normal veriler tepkiler olarak değerlendirilebilir. Bu tür travmalardan sonra çok yoğun negatif duygular hissetmek oldukça doğaldır. Başlangıçta, olayın tekrar yaşanıyormuş gibi hissetme, tekrarlayan kabuslar ve olayın tekrar yaşama gibi belirtiler ortaya çıkabilir. Bu belirtiler, endişe, korku gibi duygularla birlikte anksiyete, kalp çarpıntısı ve nefes alma zorluğu gibi fiziksel semptomlarla da birlikte olabilir. Bu semptomlar mevcut negatif duyguları daha da kötüleştirebilir ve daha ciddi psikolojik sorunlar olduğu endişesine yol açabilir. Zamanla, kaçınma belirtileri de gözlemlenebilir; kişi, olayı hatırlatan durumlardan mümkün olduğunca kaçınmaya çalışabilir. Duygusal donukluk ve konsantrasyon eksikliği gibi belirtiler de görülebilir. Bu belirtilere sıçramalar, aşırı uyanıklık ve öfke yönetimi güçlüğü gibi aşırı uyarılma belirtileri de eşlik edebilir. Kayıpların acısı, şiddetli depresif ruh hali oluşturabilir. Tüm bu belirtiler bir afet sonrasında beraber görülebilir (29).

2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), "psikolojik travmanın karmaşık somatik, bilişsel, duygusal ve davranışsal etkileri" olarak tanımlanmıştır (30). TSSB, geçmiş travmatik olayların zorlayıcı düşüncelere, kabuslara ve anıların hatırlanmasına

aniden neden olması ile karakterizedir. Ayrıca kişilerde; travmanın hatırlatıcılarından kaçınma, aşırı uyanıklık hali ve uyku bozukluğu gibi belirtiler de bulunmaktadır. Bu da sosyal, mesleki ve kişisel işlevsellikte önemli bir bozulmaya yol açar.

2.2.1. Epidemiyoloji

2.2.1.1. Deprem Etkisiyle Meydana Gelen Travma Sonrası Bozukluğu Oranları

TSSB, travmatik olaylarla ilişkili sürekli semptomların olması, bilişsel ve duygusal bozulma, kaçınma, aşırı uyarılma ve reaktivite ile karakterize psikiyatrik bir bozukluktur. Bu semptomlar bir aydan uzun sürebilir ve önemli ölçüde sıkıntı veya işlevsellikte bozulmaya neden olabilir (31). Çalışmalar, deprem yaşayanlar arasında küresel TSSB prevalans oranının %23,66 olduğunu göstermektedir, ancak farklı çalışmalarda bu oranın %1,2 ila %82,6 arasında değiştiği görülmüştür (32). TSSB, travmatik olaydan sonra aylar ve yıllar içinde azalsa da, birçok kişide sürekli hale gelebilmektedir (33). 2008 Wenchuan, Çin depreminden sonraki yıllarda yapılan çalışmalar, zamanla depremde sağ kalanlar arasında TSSB prevalansında tutarlı bir azalma olduğunu ortaya koymuştur (34). Başka bir çalışma, Wenchuan, Çin depreminden 8 yıl sonra TSSB prevalansının %11,8 olduğunu raporlamıştır (35).

2.2.1.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğuna Yatkınlık Oluşturan Faktörler

Travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) gelişme olasılığının, bir dizi bireysel ve toplumsal risk faktöründen etkilendiği görünmektedir (36-38).

TSSB'nin pretravmatik ve peritravmatik risk faktörleri şunlardır:

- Travmatik olaydan önce travma maruziyeti geçmişi
- Düşük eğitim seviyesi
- Daha düşük sosyoekonomik statü
- Çocuklukta maruz kalınan zorluklar (çocukluk travması/istismarı dahil)
- Kişisel ve ailevi psikiyatrik geçmiş
- Cinsiyet

● Irk

● Zayıf sosyal destek

● Travmatik olayın bir parçası olarak fiziksel yaralanma (travmatik beyin yaralanması dahil)

● Travmatik olaya verilen ilk tepkinin şiddeti (39-43)

TSSB'nin travmatik bir olaydan sonra meydana gelme sıklığı, bireyin ve olayın özelliklerinden etkilendiği bulunmuştur (44). Kasıtlı travmanın, kazara/olay dışı travmatik olaylara göre TSSB ile daha büyük bir ilişkisi olduğu bulunmuştur (45, 46). Travmaya maruz kalma süresinin artması da TSSB riski ile daha yüksek bir oranda ilişkilendirilmiştir (47). Kadınların travmatik olaylara maruz kaldıktan sonra erkeklere göre TSSB geliştirme olasılığı iki kat daha fazladır (48).

2.2.2. Tanı

Altı yaşından büyük hastalara, aşağıdaki tüm kriterleri karşılamaları durumunda, Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı- 5.Baskı (DSM-5) göre posttravmatik stres bozukluğu (PTSB) teşhisi konur (49).

Kriter A: Travmaya Maruz Kalma

Kişi, aşağıdaki şekillerde travmatik bir olaya maruz kalmış olmalıdır:

- Gerçek bir ölüm, ciddi yaralanma veya cinsel şiddet olayı yaşamış.
- Bu tür bir olaya tanık olmuş.
- Yakın bir aile üyesi veya arkadaşının başına gelen travmatik bir olayı öğrenmiş.
- Travmatik olayın tekrarlayan veya aşırı derecede detaylarına maruz kalmış (örneğin, ilk müdahale ekipleri).

Kriter B: İstem Dışı Hatırlamalar

Travmatik olay, aşağıdaki belirtilerden en az biri ile istemsiz olarak hatırlanır:

- Tekrarlayan, istemsiz ve rahatsız edici anılar.
- Travma ile ilgili tekrarlayan, rahatsız edici rüyalar.
- Travma olayının yeniden yaşandığı hissi, geriye dönük anımsamalar

- Travma ile ilgili iç veya dış ipuçlarına maruz kalındığında yoğun psikolojik sıkıntı.
- Travma ile ilgili iç veya dış ipuçlarına maruz kalındığında fizyolojik tepkiler.

Kriter C: Kaçınma

Kişi, travmatik olayla ilgili hatırlatıcılardan kaçınma eğilimindedir ve bu, aşağıdaki iki belirtiden en az biri ile kendini gösterir:

- Travma ile ilgili rahatsız edici anılar, düşünceler veya duygulardan kaçınma.
- Travma ile ilgili dış hatırlatıcılardan (insanlar, yerler, aktiviteler, nesneler, durumlar) kaçınma.

Kriter D: Olumsuz Duygu ve Düşünce Değişiklikleri

Travmadan sonra başlayan veya kötüleşen olumsuz değişiklikler aşağıdaki belirtilerden en az ikisi ile kendini gösterir:

- Travmanın önemli yönlerini hatırlayamama.
- Kendine, başkalarına veya dünyaya dair sürekli ve abartılı olumsuz inançlar.
- Travma ile ilgili sürekli, çarpıtılmış suçlama düşünceleri.
- Sürekli olumsuz duygusal durum (korku, öfke, suçluluk, utanç).
- İlgi veya katılımda belirgin azalma.
- Başkalarından uzaklaşma veya yabancılaşma hissi.
- Pozitif duyguları yaşayamama.

Kriter E: Artmış Uyarılma ve Tepkisellik

Travmadan sonra başlayan veya kötüleşen artmış uyarılma belirtileri aşağıdaki belirtilerden en az ikisi ile kendini gösterir:

- Sinirlilik veya öfke patlamaları.
- Tehlikeye karşı aşırı uyanıklık.
- Kolayca irkilme.
- Yoğunlaşma zorluğu.
- Uyku bozuklukları (uyuyamama veya uykuda kalamama, huzursuz uyku).

Kriter F: Süre

Bu belirtiler bir aydan uzun sürmelidir.

Kriter G: İşlevsellik

Bu belirtiler, kişinin sosyal, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında belirgin sıkıntı veya bozulmaya neden olmalıdır.

Kriter H: Başka Bir Durumla Açıklanmama

Bu belirtiler, bir madde kullanımının (ilaç veya alkol) veya başka bir tıbbi durumun (örn. kafa travması) ya da başka bir psikiyatrik bozukluğun doğrudan bir sonucu olmamalıdır.

2.2.3. Tedavi

2.2.3.1. Non-Farmakolojik Tedavi Yöntemleri

2.2.3.1.1. Ortaklaşa Karar Verme ve İşbirlikçi Bakım

Her ikisi tedavi yöntemi de hasta odaklı bakımlardır ve tedavi sonuçlarını iyileştirdiği çeşitli çalışmalarda gösterilen önemli erken müdahalelerdir. Bu yöntemlerin klinik sonuçları iyileştirdiği ve en etkili tedavi stratejilerini kabul etme konusundaki kararsızlığı azalttığı gösterilmiştir (50, 51).

2.2.3.1.2. Travma Odaklı Terapi

Uzun süreli maruziyet, göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR) ve bilişsel davranışçı terapi (BDT) gibi terapilerin 12-16 hafta boyunca haftalık 60 dakika gerçekleşen seansların tamamlanmasıyla TSSB semptomlarını belirgin bir şekilde azalttığı gösterilmiştir (52-54).

Tedaviden en çok fayda gören terapilerin, grup terapisinden ziyade bireysel terapilerdir. Son araştırmalar, video görüşmesi yoluyla yapılan terapinin yüz yüze yapılan terapi kadar etkili olduğunu ve maliyet açısından etkili bir birinci basamak tedavi stratejisi olduğunu vurgulamaktadır (55).

2.2.3.2. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri

2.2.3.2.1. Farmakoterapi

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) semptomlarının tedavisinde monoterapi olarak en fazla fayda gösteren ilaçlar fluoksetin, venlafaksin ya da paroksetin olarak belirlenmiştir. Serotonin geri alımını seçici olarak engelleyen ilaçlar (SSRI) veya norepinefrin geri alımını seçici olarak engelleyen ilaçlar (SNRI) kullanımının faydası, yan etki profillerinin genellikle iyi tolere edilebilmesidir.

2.2.3.2.2. Ogmentasyon Tedavileri

Tedaviye dirençli eş zamanlı semptomatoloji için ogmentasyon stratejileri, SSRI ile birlikte yapılabilir. Bu ilaçlar arasında en çok incelenenlerden biri, TSSB ile ilişkili kabuslar ve aşırı uyarılma tepkisinin tedavisi için kısa yarı ömürlü alfa adrenerjik antagonist prazosindir. Prazosin'in tipik doz aralıkları genellikle geceleri kullanılmak üzere olmak üzere 1-12 mg arasında değişir. Kullanımı için zayıf kanıt bulunan diğer bir ogmentasyon ilacı ise mirtazapindir. Bu ilaç, uyku latansını azaltmayı, uyku süresini iyileştirmeyi ve SSRI veya SNRI'nin anksiyolitik etkilerini artırmayı hedefleyen dozlarda kullanılır. Gece kullanılan bir anksiyolitik olarak bu ilaç sadece uyku düzenini iyileştirmekle kalmaz, aynı zamanda iki ya da üç hafta gibi kısa bir sürede anksiyete semptomlarını azaltabilir (56).

2.3. Depresyon

Depresyon, sürekli bir üzüntü hissi, engelleyici düşük ruh hali, bilişsel bozukluk ve ilgi kaybı ile kendini gösteren önemli bir duygudurum bozukluğudur. Depresyon, etkilenen kişinin bireysel, biyolojik ve sosyal işleyişi üzerinde derin bir etkiye sahiptir. Depresyon, derin üzüntü, umutsuzluk, keder, boşluk ve çaresizlik içerir. Zamanla, zevk alma yeteneğinde azalma, psikomotor işlev bozukluğu, uyku ve yeme davranışlarında değişiklikler, konsantrasyon güçlüğü ve intihar düşüncelerini de içerebilir (57).

Depresyon, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yayımlanan Uluslararası Hastalık Sınıflandırması'na (ICD) göre geniş bir şekilde dahil edilen heterojen bir hastalık grubuna aittir. Mevcut ICD-11 sürümü, birkaç depresif bozukluğu ayırt etmektedir. Bunlar tek epizod depresif bozukluk ve tekrarlayan depresif bozukluktur (58).

2.3.1. Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre (13 Eylül 2021 verilerine göre), depresyon dünya nüfusunun %3,8'ini, yetişkinlerin %5,0'ini ve 60 yaş üstü yetişkinlerin %5,7'sini etkilemektedir. Dünya genelinde yaklaşık 280 milyon insan depresyondan etkilenmektedir (59). 2013 ve 2015 yılları arasında 27 ülkeden toplanan veriler kullanılarak Avrupa'da yapılan bir nüfus tabanlı çalışma, mevcut depresif bozukluk prevalansının yüksek olduğunu (%6,38) ve Avrupa ülkeleri arasında önemli farklılıklar gösterdiğini ortaya koymuştur. Depresyon prevalansı Çek Cumhuriyeti'nde %2,58, İzlanda'da da %10,33 kadardır (60).

Avrupa dışında, depresyonun yaygınlığı da aynı derecede yüksektir. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri'nin (CDC) Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi'ne göre, 2019 yılında ABD'de 18 yaş ve üzeri yetişkinlerin %8,1'i anksiyete bozukluğu belirtileri, %6,5'i depresif bozukluk ve %10,8'i anksiyete veya depresif bozukluk belirtileri göstermiştir (59). Asya-Pasifik bölgesinde, 1 aylık majör depresyon prevalansı %1,3 ile %5,5 arasında değişmekte ve majör depresyon oranları %1,7 ile %6,7 arasında değişmektedir (59).

2.3.2. Tanı

Major depresif bozukluk, bir veya daha fazla majör depresif epizodun geçmişinin olmasına ve mani/hipomani geçmişinin olmamasına dayanarak teşhis edilir. Bir majör depresif epizod ile en az iki hafta boyunca aşağıdaki dokuz semptomdan beş veya daha fazlasının varlığı ile kendini gösterir. Bu belirtilerden en

az biri, kişinin depresif bir ruh hali yaşaması veya ilgi ve keyif duyduğu şeylere karşı ilgisinin azalmasıyla bağlantılı olmalıdır (61)

- Günün çoğu vaktinde hemen her gün depresif ruh hali
- Hemen her gün çoğu veya tüm etkinliklerde ilgi veya zevk kaybı
- Hemen her gün uykusuzluk veya aşırı uyku hali
- Belirgin kilo kaybı, kilo alımı (örneğin, bir ay içinde yüzde 5) ile hemen her gün iştah artışı veya azalması
- Başkaları tarafından gözlemlenebilir şekilde hemen her gün psikomotor yavaşlama veya ajitasyon
- Hemen her gün yorgunluk veya düşük enerji
- Hemen her gün konsantrasyon, düşünme veya karar verme yetisinde azalma
- Günlük yaşamda neredeyse sürekli olarak, kişi kendini değersiz bulma ya da gereksiz yere yoğun bir suçluluk hissine kapılma
- Tekrar eden ölüm ya da intiharla ilgili düşünceler veya intihara kalkışma

Bu semptomlar psikososyal bozulmaya neden olur ve genel tıbbi durumun doğrudan bir sonucu değildir. Yas tutma, majör depresif dönem tanısını dışlamaz. Majör depresyonun dokuz semptomundan hiçbiri bu bozukluk için patognomonik değildir ve her semptom diğer psikiyatrik hastalıklarda ve genel tıbbi bozukluklarda da ortaya çıkabilir (62).

2.3.3. Tedavi

Yetişkinlerde hafif-orta dereceli majör depresif bozukluğun başlangıç tedavisi konusunda genel bir fikir birliği vardır (63). Hafif depresyon için, başlangıçta psikoterapi ve semptom takibine öncelik verilmeli, yeterli iyileşmenin sağlanamadığı durumlarında farmakoterapi tercih edilmelidir. Orta dereceli depresyon için psikoterapi, farmakoterapi veya her ikisi de düşünülmelidir (64).

2.3.3.1. Psikoterapi

Psikoterapötik müdahaleler hafif-orta dereceli depresyon için birinci basamak tedavilerdir. Hafif-orta dereceli 2757 depresyon hastasını içeren çalışmada, tüm psikoterapi türlerinde yanıt oranının %48 olduğu (kontrol gruplarındakiler %19) görülmüştür (65). Bir meta-analizde, psikoterapi alan hastalarda (bilişsel davranışçı terapi (%66), psikodinamik terapi (%54), destekleyici danışmanlık (%49) ve davranış aktivasyonu (%74)), kontrol grubunda olanlara (%43) göre önemli ölçüde daha yüksek iyileşme oranları görülmüştür (66).

2.3.3.2. Farmakoterapi

Antidepresan ilaçlar, depresyonun tedavisinde temel bir yöntem olmuştur, ancak hafif depresyon tipleri için fayda-risk analizinin uygunluğu sorgulanmaktadır (67, 68). FDA onaylı antidepresanların randomize, plasebo kontrollü çalışmalarını içeren bir meta-analiz, etki büyüklüklerinin başlangıçtaki depresyonun şiddetine göre değiştiğini gösterdi; etki büyüklükleri hafif depresyon vakalarında küçükken, orta-şiddetli ve şiddetli depresyonlarda daha büyük olduğu görüldü (69).

2.4. Anksiyete

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), kontrol edilmesi zor olan, önemli ölçüde sıkıntı hissine sebep olan ve en az 6 ay boyunca birçok kez meydana gelen, sürekli endişe ile karakterizedir. Diğer özellikler arasında, huzursuzluk ve sinirlilik gibi psikolojik semptomlar ve artan yorgunluk ile kas gerginliği gibi somatik semptomlar bulunur.

2.4.1. Epidemiyoloji

2.4.1.1. Prevalans

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), hem topluluk hem de klinik ortamlarda en yaygın mental bozukluklardan biridir. Sağlık hizmetleri yaygınlaştıkça tanı koyma oranı artmaktadır (70, 71).

Amerika Birleşik Devletleri'nde ulusal temsil gücüne sahip örneklerde, son bir yıl içinde YAB (Yaygın Anksiyete Bozukluğu) görülme sıklığının %2,7 ile %3,1 arasında olduğunu, yaşam boyu prevalansının ise %5,1 ile %11,9 arasında olduğunu bildirmektedir (71-75).

Avrupa'da yapılan epidemiyolojik çalışmaların bir derlemesi, son bir yıl içindeki prevalansın %1,7 ila %3,4 arasında, yaşam boyu yaygınlığın ise %4,3 ile %5,9 arasında olduğunu bulmuştur (76, 77). Dünya genelinde, yaşam boyu ve 12 aylık prevalans tahminleri sırasıyla %3,7 ve %1,8'dir (78).

2.4.1.2. Komorbidite

YAB ile majör depresyon veya diğer anksiyete bozukluklarının komorbiditesi yaygın olarak gözlemlenmektedir.

Majör depresif bozukluk, mevcut veya yaşam boyu YAB'lı bireylerde en yaygın komorbidite gibi görünmektedir. Mevcut YAB'lı bireylerin %39'unda ve yaşam boyu YAB'lı bireylerin %62'sinde komorbid majör depresyon bildirilmiştir (71, 76). Dünya genelinde, duygu durum bozukluklarının yaşam boyu komorbiditesi %63 olarak tahmin edilmektedir (78).

YAB'lı bireylerde birlikte görülen diğer mental bozukluklar (son 30 gün ve yaşam boyu oranları) şunlardır (71, 79):

- Sosyal fobi – %23 ve %34
- Özgül fobi – %25 ve %35
- Panik bozukluk – %23 ve %24

2.4.2. Tanı Kriterleri

DSM-5'te Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) için tanı kriterleri şunlardır (61):

●A. Çeşitli aktiviteler yaparken (örneğin iş veya okulda), en az altı ay boyunca, çoğu kez aşırı endişe duyulması

●B. Kişinin endişesinin kontrol etmekte zorlanması

●C. Anksiyete, aşağıdaki altı semptomdan üçü (veya daha fazlası) ile ilişkilidir (Son 6 ay boyunca, çoğu zaman aşağıdaki semptomlar mevcut olmalıdır):

Not: Çocuklarda yalnızca bir semptom yeterli olmaktadır

•1. Huzursuzluk veya gerginlik

•2. Kolayca yorulma

•3. Konsantre olma zorluğu veya zihnin boş olması

•4. Sinirlilik

•5. Kas gerginliği

•6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmada veya uykuda kalmada zorluk veya uykuda tatminsizlik)

●D. Sosyal, mesleki veya diğer performans gerektiren alanlarında belirgin zorlanma

●E. Mevcut anksiyöz durumun, bağımlılık yapan madde veya başka bir tıbbi durumun (örneğin hipertiroidizm) fizyolojik etkilerine bağlı olarak açıklanamaması

●F. Başka bir mental bozukluklukla, mevcut durumun açıklanamaması

2.4.3. Tedavi

Anksiyetenin yönetiminde ana seçenekler, anksiyolitik etkileri olan ilaçlar ve bilişsel-davranışçı terapidir (BDT). Tedavi gerektiren yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) olan bireyler için, tedavi seçimi bireyselleştirilmiş olup ortak karar verme sürecini içerir. Bazı bireyler, bir tedavi yöntemine karşı diğerini tercih edebilir. Bazı hastalar ilaçların yan etkilerinden endişe edebilir ve öncelikle BDT'yi denemek isteyebilirler. Bazı hastalar ise terapiye zaman ayırma veya erişimle ilgili endişeler taşıyabilir ve bu nedenle ilaçları tercih edebilirler (80).

2.4.3.1. Farmakolojik Tedavi

Anksiyete durumlarında birçok nörotransmitter rol oynar. Bu sistemlerin her biri farmakolojik müdahale için potansiyel bir hedeftir. Tedavide kullanılan ilaç grupları aşağıdaki gibidir (81):

- Serotonin alımını seçici olarak engelleyen inhibitörler
- Serotonin ve noradrenalin geri alımını seçici olarak durduran inhibitörler
- Benzodiazepinler
- Antikonvülzif ilaçlar
- Trisiklik yapıdaki depresyon ilaçları
-Hidroksizin, mirtazapin, nefazodon ve atipik nöroleptik ajanlar

2.4.3.2. Bilişsel Davranışçı Terapi

Kaygı bozukluklarının tedavisinin, BDT terapistlerinin eksikliği veya uygun fiyatlı seansların bulunamaması nedeniyle yetersiz olduğu genel olarak kabul edilmektedir. İyi bir terapinin özünü özümseyip birinci basamak sağlık hizmetlerine eklemlenmesine ihtiyaç vardır (82).

2.4.3.3. Maruz Bırakma Terapisi

Maruz bırakma terapisi, kaygı oluşturan düşünce, görüntü veya durumun, hastaların kaçınma veya kaçışa başvurmadan kaygılı duygularının azaltılabileceğini görmeleri için yeterince uzun bir süre boyunca kademeli ve sistematik olarak sunulmasıdır. Örneğin, köpeklerden korkan bir hasta önce bir köpeğin resmini görebilir, sonra bir pet shop'un karşısında durabilir ve sonunda bir köpeği kucağına alabilir. Hasta, bu adımların her birini tekrar tekrar edip uygulayacaktır (81).

2.4.3.4. Farkındalık Terapisi

Farkındalık temelli bilişsel terapi (MBCT), farkındalığın BDT'ye entegrasyonunun bir bileşenidir (83). MBCT, panik bozukluğu ve diğer anksiyete bozukluklarının tedavisinde uygulanmıştır, ancak bu alanda daha dikkatli kontrollü araştırmalara ihtiyaç vardır (84). MBCT, hastaların mevcut semptomlarının mutlaka nüksetmek anlamına gelmediğini fark etmelerini sağlayan meta-bilişsel yöntem hastalara fayda sağlamaya çalışır. Kabul ve kararlılık terapisi, farkındalık odaklı bir yaklaşımı içerir. Birçok egzersiz, hastaların düşüncelerini ve ardından gelen anksiyetelerini kendilik duygularından ayrı ve daha az özdeşleşmiş olarak algılamalarına yardımcı olmak için meta-bilişsel düzeyde yapılır. Anksiyeteye neden olan düşünceler gözlemlenip kabul edilir. BDT ve Batı ülkelerine özgü psikolojik yaklaşımlarda olduğu gibi hastanın kişiliği ve duyguları ile mücadele edilmez (85).

2.4.3.5. Elektrokonvülzif Terapi

Elektrokonvülzif terapi (ECT), geniş çapta kortikal nöronal boşalmaları indüklemek için saç derisine kısa elektriksel uyarıların uygulanmasını içerir ve nihayetinde nöbet aktivitesi üretir. ECT, tedaviye dirençli duygudurum bozukluklarında etkili olsa da, anksiyete bozukluklarındaki etkinliği ile ilgili veriler sınırlıdır (86).

2.4.3.6. Vagal Sinir Uyarımı

VNS'nin (Vagus Sinir Stimülasyonu) amigdala, hipokampus, insula ve orbitofrontal korteks gibi kaygı ve korku işleme ile ilgili beyin ağlarını afferent vagal sinir aracılığıyla uyardığı düşünülmektedir. Bu yöntem rutin olarak kaygı tedavisinde kullanılmamaktadır ve dirençli kaygı bozukluklarında etkinliğine dair kanıtlar sınırlıdır (87).

2.4.3.7. Diğer Tedavi Yöntemleri

Tekrarlayan trankraniyal manyetik uyarım, derin beyin stimülasyonu, çeşitli cerrahi yaklaşımlar, tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemleri kanıtları sınırlı olan alternatif yöntemlerdir (88-93).

2.5. Sosyal Medya Kullanımı

Sosyal medya kullanımı (Facebook, Instagram, Twitter, YouTube gibi çevrimiçi elektronik forumlar aracılığıyla diğerleriyle etkileşimde bulunma) sosyal etkileşim için son derece popüler bir araç haline gelmiştir. Sosyal medya kullanımı gençler ve genç yetişkinler için önemli bir etkileşim aracıdır ve daha geleneksel medyanın aksine kullanıcılar; deneyimi yaratma ve şekillendirme konusunda aktif bir rol oynar (94). Sosyal medya kullanımı, gençlerin ve genç yetişkinlerin başkalarıyla etkileşimde bulunup oluşan sanal kimliklerini çevrimiçi olarak sunmaları, gelişim süreçlerinin önemli bir unsurudur (95, 96).

2.5.1. Sosyal Medya ve Ruh Sağlığı

Bireysel çalışmaların sosyal medyanın ruh sağlığı üzerindeki etkilerine ilişkin araştırma sonuçları aslında karışıktır. Sosyal medyanın etkileri hakkındaki kamuoyunda yaygın anlatı, salt maruz kalmanın ruh sağlığı sorunlarıyla ilişkili olduğunu ima ederken, en iyi kanıt bulunduran çalışmalar, sosyal medya kullanım kalitesinin, geçirilen süreden daha önemli olduğunu göstermektedir (97). Örneğin, araştırmalar, sosyal medyanın olumsuz sosyal karşılaştırma için kullanılmasının, ruminasyonla birlikte daha sonra depresyona yol açtığını göstermektedir (98). Buna karşılık, diğer araştırmalar, sosyal medyanın özgün öz sunum gibi olumlu kullanımlarının kullanıcıların olumlu iyi oluşuyla ilişkili olduğunu bulmuştur (99, 100). Sosyal medyanın nasıl kullanıldığının, salt maruz kalmadan daha önemli olabileceği fikri, daha fazla dikkate değer görünmektedir.

2.5.2. İnternet Bağımlılığı

İnternet bağımlılığı, internet kullanımının kompulsif hale geldiği, kullanıcının psikolojik iyi oluşu için internete bağımlılık geliştirdiği ve internetten mahrum kaldığında hoş olmayan duygular yaşadığı bir durumdur. Bu durum, kullanıcının günlük hayatında işlev gösterebilmesi için internete ihtiyaç duyduğu bir durumu yaratır. Son araştırmalar, internet kullanım durumunun problemli internet kullanımı olarak var olduğunu belirtmiştir (101). Madde bağımlılığının devam etmesinin önde gelen motivasyonlarından biri, yoksunlukla ilişkili artan olumsuz duygulardan kaçınmaktır (102). Problemli internet kullanımı ile ilgili olarak, kullanıcıların kısmen pozitif duygulardaki artış ve negatif duygulardaki azalmaya dayalı olarak bağımlı hale geldikleri varsayılabilir. İnternet bağımlısı olan kullanıcılar, yoksunlukla ilişkili artan olumsuz duygulardan kaçınmak için bu bağımlılığı sürdürürler.

2.5.3. Sosyal Medya Bağımlılığı

Sosyal medya bağımlılığı, internet bağımlılığının özel olarak sosyal ağ siteleri ile ilgili bir alt kümesidir. Bu tür bağımlılık, internet teknolojilerinin modern ortamda yaygın hale gelmesiyle yaygınlaşmıştır. Bireyler, sahip oldukları her internet bağlantılı cihazı, durum güncellemelerini, arkadaşlık isteklerini, haber akışı güncellemelerini kontrol etmek için kullanmaktadır. Sosyal medya bağımlılığı üzerine yapılan son araştırmalara göre, kullanıcı bu eylemleri dikkat dağıtma, kendini sunma ve ilişki kurma amaçları doğrultusunda gerçekleştirmektedir. Bu üç alanın her birinin sosyal medya bağımlılığı ile pozitif olarak ilişkili olduğu gösterilmiştir (103, 104).

2.5.4. Sosyal Medya ve FoMO

Fear of missing out (FoMO), sosyal medya kullanıcılarının çevrimdışı olduklarında veya başkalarıyla iletişim kurmak istediklerinde, fırsatları kaçırdıkları endişesiyle ilgili bir durumdur (105). FoMO, sosyal medyaya olan problemli bağlanmanın ana türlerinden biridir ve uyku eksikliği, yaşam doyumunun azalması, duygusal gerilim, fiziksel kötü oluş gibi etkiler yapabilmektedir. Anksiyete ve

duygusal kontrol eksikliği gibi bir dizi olumsuz yaşam deneyimlerine sebep olabilir (106, 107). FoMO'nun kullanıcıların iyi oluşu üzerindeki etkisinin göstergelerine rağmen, insanların bunu yönetmesine olanak tanıyan rehberlik ve araçlar hala mevcut değildir. Bugüne kadar, FoMO ile ilgili çoğu deneysel araştırma sosyal bilimler ve psikolojik temellerde yürütülmüştür. Örneğin, sosyal medya kullanma motivasyonları ile sosyal medya bağımlılığı arasında bir korelasyon bulunmuştur (108). Sosyal medyanın sorunlu kullanım tarzlarını tetikleme ve aynı zamanda düzeltme konusundaki rolü yeterince araştırılmış bir konu değildir (109, 110).

2.5.5. Deprem ve Sosyal Medya Kullanımı

Sosyal medyanın büyük bir potansiyeli vardır ancak; yanlış bilgi, dijital bölünme (kullanıcılar ve kullanıcı olmayanlar arasında) ve kimlik hırsızlığı gibi birçok olumsuz etkisi de bulunmaktadır (111). 2018 yılında meydana gelen Orta Sulawesi depremi ve tsunamisi sırasında, Twitter, Facebook ve Instagram gibi popüler sosyal medya platformları, doğrudan etkilenen bireyleri kurtarma, bilgi paylaşma ve gönüllü olmayı teşvik etme gibi işlevler görmüş, ayrıca doğrudan etkilenen afetzedelere bilgi sağlama konusunda da yardımcı olmuştur (112). Sosyal medya; güvenliğin sağlanması, yerinden edilmiş insanların yerleştirilmesi, hasar bilgisi sağlanması, engelli insanlara destek, gönüllü organizasyonlar, bağış toplama, moral destek organizasyonları gibi önemli yardım işlevlerini de yerine getirmek için kullanılmaktadır (113).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma İzni

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (04.12.2023-Karar no:12) izin alınmıştır.

3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırma kesitsel tipte bir anket çalışmasıdır. Çalışma Hatay ili, Antakya ilçesi sınırları içinde bulunan Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesi'nin Aile Hekimliği polikliniğinde yürütülmüştür.

Çalışmamızda örneklem büyüklüğünün hesaplanması için 70 kişi ile pilot çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada kullanılan ölçeklerin kullanıldığı çalışmalar için literatür taraması yapıldı. Bu çalışmadaki ölçeklerin puan ortalamaları ile literatürdeki ölçeklerin ortalamaları karşılaştırıldı. Ölçek ortalama puanlarındaki farklar ve ölçek standart sapma değerleri kullanılarak etki büyüklüğü (Cohen's d) hesaplandı. Ölçeklere göre etki büyüklüğü değerleri, %5 hata payı ve %95 güç değeri G*Power 3.1.9.7 programında kullanıldı. DASS-21 ölçeğine göre minimum 544 kişi, Olayların Etkisi Ölçeğine göre minimum 290 kişi, Sosyal Medyada Gelişmeleri Kaçırma Korkusu Ölçeğine göre minimum 287 kişi G*Power 3.1.9.7 programı kullanılarak belirlendi. Ölçeklerin hesaplanan örneklem büyüklükleri farklı olduğundan en yüksek örneklem hacminin dikkate alınması uygun görülmüştür. Dolayısıyla bu çalışmada %95 güven aralığı ile gereken örneklem hacmi minimum 550 olarak hesaplandı. Olası veri kayıpları dikkate alınarak 676 birey çalışmaya dahil edildi.

3.3. Verilerin Toplanması

Bu tez çalışması, Aralık 2023–Mart 2024 tarihleri arasında HMKÜ Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran ve çalışmaya gönüllü olarak katılan hastalar üzerinde yapılmıştır. Ankete katılmayı kabul eden ve anketi dolduran 676 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Gönüllülük esasına göre tez çalışmasına katılmayı kabul edenlere internet ortamında Google Forms ile oluşturulmuş anket formu hastanın kendisi tarafından ya da poliklinikte görev yapan asistan doktor ile intörn doktor yardımıyla doldurulmuştur. Çalışma kriterlerine uygun olan 1280 kişi ise çalışmaya dahil olmayı reddetmiştir.

Çalışmaya katılım koşulları;

1) Katılımcıların en az 15 yaşında olması
2) 15-18 yaş arasındaki katılımcılar için ebeveyn veya yasal vasinin rızalarının temin edilmesi
3) Aktif sosyal medya kullanıcısı olmak
4) 6 Şubat 2023 depremi nedeniyle depremzede olmak
5) Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
6) Anket sorularını cevaplayabilecek seviyede okur-yazar olmak

3.4. Anket ve Ölçekler

3.4.1. Anketler

Katılımcılara mevcut literatür taramasıyla oluşturulmuş 19 soruluk sosyodemografik anket soruları sorulmuştur, geçerlik-güvenirliği yapılmış 22 soruluk Olayların Etkisi Ölçeği, geçerlik-güvenirliği yapılmış 21 soruluk Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği, geçerlik-güvenirliği yapılmış 9 soruluk Sosyal Medyada

Gelişmeleri Kaçırma Korkusu Ölçeği anketörler tarafından uygulanmıştır. Anket toplam 71 sorudan oluşturulmuştur.

3.4.1.1. Anketörler

Tez çalışmasında bias durumunun önlenmesi amacıyla tez çalışması katılımcılara anketörler tarafından uygulanmıştır. Anketörler, aile hekimliği polikliniğinde aktif çalışan aile hekimliği asistan doktorlar ile aile hekimliğinde rotasyon yapan intörn doktorlardan oluşmaktadır.

3.4.2. Ölçekler

3.4.2.1. Olayların Etkisi Ölçeği – Revizyon (IES-R)

Olayların Etkisi Ölçeği-Revize (IES-R), travma sonrası stres belirtilerini ölçmek amacıyla Horowitz, Wilner ve Alvarez tarafından ilk kez oluşturulmuştur. Bu ölçek, 15 maddeden meydana gelmektedir ve katılımcılar bu maddeleri 4 dereceli Likert tipi bir sistemle değerlendirmektedir: 0 (hiçbir zaman), 1 (nadiren), 3 (ara sıra), 5 (çoğunlukla). Ölçeğin 'yeniden yaşama' ve 'kaçınma' alt boyutları için yapılan ilk analizde iç tutarlılık katsayıları sırasıyla .79 ve .82 olarak hesaplanmıştır. Ancak, bu ölçek, DSM-III'ün Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanı ölçütlerini tam olarak karşılamadığından, Weiss ve Marmar tarafından gözden geçirilmiştir. Bu süreçte, ölçeğe 'aşırı uyarılma' belirtilerini içeren 6 yeni madde eklenmiş ve 'yeniden yaşama' semptomlarına yönelik 1 madde daha dahil edilmiştir. Böylelikle, madde sayısı 22'ye yükseltilmiş ve ölçek Olayların Etkisi Ölçeği - Revize Edilmiş Versiyon olarak yeniden adlandırılmıştır. Revize edilen bu ölçek, 'yeniden yaşama' ($\alpha = .87$), 'kaçınma' ($\alpha = .84$) ve 'aşırı uyarılma' ($\alpha = .79$) alt boyutlarında güçlü bir iç tutarlılık sergilemektedir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik-geçerlilik çalışmaları, Çorapçıoğlu, Yargıç, Geyran ve Kocabaşoğlu (2006) tarafından CAPS (Travma Sonrası Stres Bozukluğu Klinik Ölçeği) referans alınarak yapılmış ve iç tutarlılık katsayısı 0.94 olarak

belirlenmiştir. Katılımcılar, son bir hafta içinde yaşadıkları belirtileri değerlendiren 22 maddeye 0 ile 4 arasında puan vermektedir. IES-R, 'yeniden yaşama' (1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20. maddeler), 'kaçınma' (5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22. maddeler) ve 'aşırı uyarılma' (4, 10, 15, 18, 19, 21. maddeler) olmak üzere üç temel alt boyuttan oluşur ve bu ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 88 arasında değişmektedir. (114).

3.4.2.2. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS)-21

Bu ölçek, bireylerin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini ölçmek için geliştirilmiş üç farklı öz bildirim formundan oluşur. Lovibond'un tasarladığı orijinal Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS) 42 sorudan oluşmaktadır. Daha kısa bir süre zarfında uygulanabilmesi amacıyla, Lovibond, S.H. ve Lovibond, P.F. tarafından DASS-42'nin belirli maddeleri seçilerek 21 soruluk DASS-21 versiyonu geliştirilmiştir. DASS-21, bireylerin depresyon, anksiyete ve stres belirtilerini 0'dan 3'e kadar derecelendirdiği 21 madde içerir. Bu derecelendirmede, 0 puan belirtilerin hiç olmadığını, 3 puan ise belirtilerin en yüksek şiddette olduğunu ifade eder. DASS-21'in depresyon boyutu 2, 6, 8, 11, 14, 16, ve 21. maddelerden, anksiyete boyutu 1, 3, 10, 13, 15, 19 ve 20. maddelerden, stres boyutu ise 4, 5, 7, 9, 12, 17 ve 18. maddelerden oluşur. Depresyon puanlaması; 0-4 arası normal, 5-6 arası hafif, 7-10 arası orta düzeyde, 11-13 arası şiddetli, 14 ve üzeri ise aşırı şiddetli depresyon olarak değerlendirilir. Anksiyete puanları; 0-3 arası normal, 4-5 arası hafif, 6-7 arası orta düzeyde, 8-9 arası şiddetli, 10 ve üzeri ise aşırı şiddetli anksiyete olarak belirlenir. Stres için ise; 0-7 arası normal, 8-9 arası hafif, 10-12 arası orta düzeyde, 13-16 arası şiddetli, 17 ve üzeri ise aşırı şiddetli stres olarak kategorize edilir. DASS-21'de her bir alt boyutun toplam puanı, 42 maddelik DASS ile kıyaslanabilmesi için iki katına çıkarılır. DASS-21'in Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Sarıçam tarafından 2018 yılında gerçekleştirilmiştir. (115).

3.4.2.3. Fear of Missing Out-FoMO (Gelişmeleri Kaçırma Korkusu) Ölçeği

Bu ölçeğin orijinal kaynağı, Zhang ve ekibinin 2020 yılında yayımladığı 'Fear Of Missing Out Scale: A Self-Concept Perspective' adlı çalışmaya dayanmaktadır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik-güvenirlik çalışması ise Çelik ve ekibi tarafından 2022 yılında gerçekleştirilmiştir. Kişisel FoMO alt ölçeği (1, 2, 3, 4 ve 5. maddeler) için Cronbach alfa katsayısı .90, sosyal FoMO alt ölçeği için ise Cronbach alfa katsayısı .89 olarak belirlenmiştir. Bu ölçek, sosyal medyada gelişmeleri kaçırma korkusunu (FoMO) ölçmek için tasarlanmış ve "1= kesinlikle katılmıyorum" ile "7= kesinlikle katılıyorum" seçenekleri arasında değişen 7'li Likert tipi bir ölçek olarak kullanılmıştır. Ölçekten alınabilecek toplam puanlar 9 ile 63 arasında değişmektedir. (116).

3.5. Veri İncelemesi ve İstatistiksel Değerlendirme Süreçleri

Elde edilen verilerin analizi, SPSS Statistic 21 paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğunu test etmek amacıyla Kolmogorov-Smirnov analizi gerçekleştirilmiştir. Sayısal veriler, normal dağılım gösteriyorsa ortalama ± standart sapma olarak, normal dağılım göstermiyorsa medyan (minimum-maksimum) şeklinde sunulmuştur. Kategorik verilerin karşılaştırılması amacıyla Pearson Ki-Kare testi kullanılmıştır. İki grup arasındaki normal dağılım göstermeyen sayısal verilerin karşılaştırılması Mann-Whitney U testiyle yapılırken, birden fazla grup arasındaki normal dağılım göstermeyen sürekli verilerin analizi için Kruskal-Wallis-H testi (post hoc: Dunn's testi) tercih edilmiştir. Ayrıca, IES-R, DASS-21 ve FoMO ölçekleri ile elde edilen sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir. Tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi olarak $p< 0.05$ kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 1 ve Tablo 2'de katılımcıların sosyodemografik özellikleri gösterilmiştir.

Çalışmaya toplamda 676 birey katıldı. Katılımcıların yaş ortalaması 29,35±11,60 olarak bulundu. Katılımcıların minimum yaşı 16, maksimum yaşı 78 olarak tespit edildi. Katılımcıların 479'u (%70.9) kadın, 197'si (%29.1) erkek idi.

Katılımcıların 211'i (%31,2) evli, 444'ü (%65,7) bekar, 21'i (%3,1) ise dul olduğu bulundu.

Katılımcılar arasında 5 kişi (%0,7) okula gitmemiş, 30'u (%4,4) ilkokul mezunu, 241'i (%35,7) lisans seviyesinde ya da lisans mezunu, 84'ü (%12,4) yüksek lisans döneminde araştırma görevlisi ve öğretim görevlisi olarak çalışmaktadır.

Katılımcılar arasında 58 kişi (%8,6) asgari ücretin altında gelire sahipken, 100 kişi (%14,8) asgari ücret seviyesinde, 207 kişi (%30,6) asgari ücretin üstünde gelire sahipti. 311 kişi (%46) ise çalışmamaktadır.

Katılımcılar arasında 200 kişi (%29,6) sigara ya da tütün mamülü kullanırken, 133 katılımcının (%19,7) alkollü içecek tükettiği saptandı.

Katılımcılar arasında 525 kişide (%77,7) kronik hastalık yok, 105 kişide (%15,5) bir kronik hastalık, 13 kişide (%1,9) üç kronik hastalık, 4 kişide (%0,6) en az dört kronik hastalık varlığı saptandı.

Depremin etkileri ile ilgili sosyodemografik veriler Tablo 3'te gösterilmiştir. Deprem öncesi dönemde 60 kişinin (%8,9) psikiyatrik ilaç kullandığı görülürken, deprem sonrası dönemde bu sayının 74 (%10,9) olduğu bulundu.

Deprem sonrası dönemde 114 kişinin (%16,9) psikososyal destek aldığı saptandı.

Deprem sırasında 40 kişinin (%5,9) enkaz altında kaldığı, 636 kişinin (%94,1) enkaz altında kalmadığı saptandı. Depremden dolayı 122 katılımcının evi (%18) hasarsız, 222 ev (%32,8) az hasarlı, 186 ev (%27,5) ağır hasarlı, 70'i (%10,4) ise deprem sırasında yıkıldığı saptandı.

Deprem sonrası dönemde 277 katılımcının (% 41) depremden önce ikamet edilen evde, 13 katılımcının (%1,9) çadırda, 101 kişinin (%14,9) konteynerda, 285 kişinin (%42,2) başka bir evde yaşadığı saptandı.

Katılımcıların 443'ünde (%65,5) deprem nedeniyle çekirdek ailede ya da yakın akraba ve arkadaşlarında can kaybı saptanmadı. Katılımcılar arasında 39 kişinin (%5,8) çekirdek ailesinde can kaybı saptandı. Katılımcılar arasında 420 kişinin (%62,1) yakın akrabalarında veya yakın arkadaşlarında can kaybı olduğu saptandı.

Deprem öncesi dönemde 142 katılımcının (%21) sosyal medyada 0-1 saat arası zaman geçirdiği, 331 katılımcının (%49) sosyal medyada 1-3 saat, 165 katılımcının (%24,4) 3-6 saat, 38 katılımcının (%5,6) 6 saatten fazla zaman geçirdiği bulundu.

Deprem sonrası dönemde 117 katılımcının (%17,3) sosyal medyada 0-1 saat arası zaman geçirdiği, 252 katılımcının (%37,3) sosyal medyada 1-3 saat, 240 katılımcının (%35,5) 3-6 saat, 67 katılımcının (%9,9) 6 saatten fazla zaman geçirdiği bulundu.

Deprem öncesi dönemde güncel olaylardan haberdar olmak için 61 kişinin (%9) Facebook/Meta, 166 kişinin (%24,6) Twitter/X, 15 kişinin (%2,2) Google, 5 kişinin (%0,7) WhatsApp kullandığı saptandı.

Deprem sonrası dönemde güncel olaylardan haberdar olmak için 53 kişinin (%7,8) Facebook/Meta, 203 kişinin (%30) Twitter/X, 15 kişinin (%2,2) Google, 8 kişinin (%1,2) WhatsApp kullandığı saptandı.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	479	70,9
	Erkek	197	29,1
Medeni durum	Evli	211	31,2
	Bekar	444	65,7
	Dul	21	3,1
Eğitim durumu	Okula gitmemiş	5	0,7
	İlkokul mezunu	30	4,4
	Ortaokul mezunu	26	3,8
	Lisede okuyor ya da lise mezunu	74	10,9
	Ön lisans düzeyinde eğitim görüyor ya da ön lisans mezunu	216	32
	Lisans düzeyinde eğitim görüyor ya da lisans mezunu	241	35,7
	Araştırma görevlisi/Yüksek Lisans düzeyinde/Yüksek Lisans mezunu	83	12,3
	Öğretim Görevlisi	1	0,1

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik diğer özellikleri

		n	%
Asgari ücrete göre gelir düzeyi	Asgari ücretten daha az	58	8,6
	Asgari ücret ile aynı düzeyde	100	14,8
	Asgari ücretten daha çok	207	30,6
	Çalışmıyor	311	46
Aktif olarak sigara içme durumu	Evet	200	29,6
	Hayır	476	70,4
Alkol tüketimi durumu	Evet	133	19,7
	Hayır	543	80,3
Tanı konulmuş kronik hastalık sayısı	Yok	525	77,7
	Bir	105	15,5
	İki	29	4,3
	Üç	13	1,9
	En az dört	4	0,6
Deprem öncesi psikiyatrik ilaç kullanımı	Evet	60	8,9
	Hayır	616	91,1

Tablo 3. Depremin etkileri ile ilgili sosyodemografik veriler

		n	%
Deprem sonrası dönemde psikiyatrik ilaç kullanımı	Evet	74	10,9
	Hayır	602	89,1
Deprem sonrası dönemde psikososyal destek alımı	Evet	114	16,9
	Hayır	562	83,1
Enkaz altında kalma durumu	Evet	40	5,9
	Hayır	636	94,1
İkamet edilen evin deprem sonrası hasar durumu	Hasarsız	122	18
	Az Hasarlı	222	32,8
	Orta Hasarlı	76	11,2
	Ağır Hasarlı	186	27,5
	Deprem anında yıkıldı	70	10,4
Deprem sonrası ikamet edilen yer	Depremden önce ikamet edilen evde	277	41
	Çadır	13	1,9
	Konteyner	101	14,9
	Başka bir ev	285	42,2
Deprem nedeniyle meydana gelen can kaybı	Can kaybı olmadı	233	34,5
	Çekirdek ailede oldu	39	5,8
	Yakın akraba veya yakın arkadaşlar arasında oldu	420	62,1
Deprem sonrası dönemde sosyal medyada geçirilen süre	0-1 saat arası	142	21
	1-3 saat arası	331	49
	3-6 saat arası	165	24,4
	6 saatten fazla	38	5,6

Katılımcıların IES-R ölçeği ve DASS-21 alt ölçeklerinin kesme değerleri Tablo 4'te gösterilmiştir. IES-R ölçeğine göre 192 kişide (%28,4) travma sonrası stres bozukluğu yokken, 124 kişide (%18,3) kısmi travma sonrası stres bozukluğu, 56 kişide (%8,3) olası travma sonrası stres bozukluğu, 304 kişide (%45) yüksek travma sonrası stres bozukluğu saptanmıştır.

Depresyon alt ölçeğine göre 487 kişide (%72) depresyon yokken, 127 kişide (%18,8) hafif depresyon, 62 kişide (%9,2) orta derecede depresyon tespit edildi. Anksiyete alt

ölçeğine göre 218 kişide (%32,2) anksiyete yok iken, 116 kişide (%17,2) hafif anksiyete, 91 kişide (%13,5) şiddetli anksiyete, 88 kişide (%13) çok şiddetli anksiyete saptandı. Stres alt ölçeğine göre 422 kişide (%62,4) stres yok iken, 114 kişide (%16,9) hafif düzeyde stres, 84 kişide (%12,4) orta şiddette stres, 56 kişide (%8,3) şiddetli stres gözlendi.

Tablo 4. IES-R Ölçeği ve DASS-21 Alt Ölçeklerinin Kesme Değerleri

Ölçekler	n (%)
IES-R	
Yok	192 (% 28,4)
Kısmi	124 (%18,3)
Olası	56 (% 8,3)
Yüksek	304 (%45)
Depresyon Alt Ölçeği	
Yok	487 (% 72)
Hafif	127 (% 18,8)
Orta	62 (% 9,2)
Anksiyete Alt Ölçeği	
Yok	218 (% 32,2)
Hafif	116 (% 17,2)
Orta	163 (% 24,1)
Şiddetli	91 (% 13,5)
Çok Şiddetli	88 (% 13)
Stres Alt Ölçeği	
Yok	422 (% 62,4)
Hafif	114 (% 16,9)
Orta	84 (% 12,4)
Şiddetli	56 (% 8,3)

Tablo 5'te ölçeklerin medyan değerleri ile minimum ve maksimum değerleri gösterilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanların Ortancalarının İncelenmesi

Ölçekler	Medyan (min-maks)
IES-R Toplam Puan	34 (0-80)
Yeniden Yaşama	13 (0-32)
Aşırı Uyarılma	9 (0-24)
Kaçınma	11 (0-27)
DASS-21 Toplam Puan	20 (0-50)
Depresyon	7 (0-19)
Anksiyete	6 (0-17)
Stres	7 (0-16)
FoMO Toplam Puan	15 (9-39)
Kişisel FoMO	10 (5-27)
Sosyal FoMO	4 (4-14)

Katılımcıların IES-R ölçeği toplam puanının ortancası 34 (0-80), yeniden yaşama alt ölçek puanının ortancası 13 (0-32), aşırı uyarılma alt ölçek puanının ortancası 9 (0-24), kaçınma alt ölçek puanının ortancası 11'dir (0-27).

Katılımcıların DASS-21 ölçeği toplam puanının ortancası 20 (0-50), depresyon alt ölçek puanının ortancası 7 (0-19), anksiyete alt ölçek puanının ortancası 6 (0-17), stres alt ölçek puanının ortancası 7'dir (0-16).

Katılımcıların FoMO ölçeği toplam puanının ortancası 15 (9-39), kişisel FoMO alt ölçek puanının ortancası 10 (5-27), sosyal FoMO alt ölçek puanının ortancası 4'tür (4-14).

Tablo 6. Cinsiyete göre DASS-21 ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçek Puanları	Kadın Medyan (min-maks)	Erkek Medyan (min-maks)	p değeri
DASS-21	21 (0-50)	17 (0-43)	**< 0,001**
Depresyon	7 (0-19)	7 (0-18)	0,530
Anksiyete	6 (0-17)	4 (0-16)	**< 0,001**
Stres	7 (0-16)	6 (0-15)	**< 0,001**

Mann-Whitney U Test

Kadınların DASS-21 toplam puanının ortancası 21 (0-50) erkeklerin 17 (0-43) olarak saptandı (p<0,001).

Kadınların depresyon alt ölçek puan ortancası 7(0-19) erkeklerin 7(0-18) (p=0,53).

Kadınların anksiyete alt ölçek puan ortancası 6 (0-17), erkeklerin puanı 4 (0-16) idi (p<0,001; Tablo 6).

Tablo 7. Cinsiyete göre IES-R ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçek Puanları	Kadın Medyan (min-maks)	Erkek Medyan (min-maks)	p değeri
IES-R	36 (0-80)	28 (0-70)	**<0,001**
Yeniden yaşama	14 (0-32)	10 (0-32)	**<0,001**
Kaçınma	12 (0-27)	10 (0-22)	0,097
Aşırı uyarılma	10 (0-24)	7 (0-24)	**<0,001**

Mann-Whitney U test

Kadınların IES-R toplam puanının ortancası 36 (0-80), erkeklerin puan ortancasından 28 (0-70) daha yüksek idi. (p<0,001).

Kadınların yeniden yaşama alt ölçek puan ortancası 14 (0-32), erkeklerden10 (0-32) daha yüksek saptandı (p<0,001).

Kadınların kaçınma alt ölçek puan ortancası 12 (0-27), erkeklerin 10 (0-22) idi (p=0,097).

Kadınların aşırı uyarılma alt ölçek puanlarının ortanca değeri 10 (0-24) olarak saptanırken, erkeklerden 7 (0-24) daha yüksek bulundu (p<0,001; Tablo 7).

Tablo 8. Cinsiyete göre FoMO ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçek Puanları	Kadın Medyan (min-maks)	Erkek Medyan (min-maks)	p değeri
Total FoMO	15 (9-39)	14 (9-39)	0,374
Kişisel FoMO	10 (5-27)	8 (5-27)	0,238
Sosyal FoMO	4 (4-14)	4 (4-14)	0,993

Mann-Whitney U test

Kadınların total FoMO ölçeğinden aldıkları ortanca puan 15 (9-39) erkeklerle 14 (9-39) benzerdi. (p=0,374).

Kadınların kişisel FoMO ölçeğinden aldıkları ortanca puan 10 (5-27) erkeklerle 8 (5-27) benzer olarak saptandı (p=0,238).

Kadınların sosyal FoMO ölçeğinden aldıkları ortanca puan 4 (4-14) erkeklerle 4 (4-14) benzerdi (p=0,993; Tablo 8).

Tablo 9. DASS-21 ve alt ölçek puanlarının medeni duruma göre farklılıklarının incelenmesi

Ölçek Puanları	Evli Medyan (min-max)	Bekar Medyan (min-max)	Dul Medyan (min-max)	p değeri
DASS-21	18 (0-44)	20 (0-50)	22 (0-42)	0,190
Depresyon	7 (0-18)	7 (0-19)	8 (0-15)	0,456
Anksiyete	5 (0-16)	6 (0-17)	6 (0-14)	0,117
Stres	6 (0-16)	7 (0-16)	7 (0-15)	0,272

Kruskal Wallis-H testi

Evli bireylerin DASS-21 ölçeğine göre aldıkları ortanca puan 18(0-44), bekar bireylerin 20(0-50), dul bireylerin 22 (0-42) bulundu (p=0,190).

Depresyon alt ölçeğine göre evli bireylerin aldıkları ortanca puan 7(0-18), bekar bireylerin 7(0-19), dul bireylerle 8 (0-15) benzerdir (p=0,456).

Anksiyete alt ölçeğine göre evli bireylerin aldıkları ortanca puan 5(0-16), bekar bireylerin 6(0-17), dul bireylerin 6(0-14) olarak saptanmıştır (p=0,117).

Stres alt ölçeğine göre evli bireylerin aldıkları ortanca puan 6(0-16), bekar bireylerin 7(0-16), dul bireylerin ise 7 (0-15) olarak bulundu (p=0,272; Tablo 9).

Tablo 10. IES-R ve alt ölçek puanlarının medeni duruma göre farklılıklarının incelenmesi

Ölçek Puanları	Evli Medyan (min-max)	Bekar Medyan (min-max)	Dul Medyan (min-max)	p değeri
IES-R	35 (0-69)	34 (0-80)	35 (12-59)	0,931
Yeniden yaşama	14 (0-32)	13 (0-32)	13 (5-24)	0,670
Kaçınma	11 (0-22)	11 (0-27)	11 (5-19)	0,845
Aşırı uyarılma	9 (0-24)	9 (0-24)	9 (2-19)	0,993

Kruskal Wallis-H testi

Evli bireylerin IES-R ölçek total puan ortancası 35 (0-69), bekar bireylerin 34 (0-80), dul bireylerin 35 (12-59) olarak saptandı(p=0,931).

Evli bireylerin yeniden yaşama alt ölçek puan ortancası 14 (0-32), bekar bireylerin 13 (0-32), dul bireyler 13 (5-24) ile benzerdir (p=0,670).

Evli bireylerin kaçınma alt ölçek puan ortancası 11 (0-22), bekar bireylerin 11 (0-27), dul bireyler 11 (5-19) ile benzer saptanmıştır (p=0,845).

Evli bireylerin aşırı uyarılma alt ölçek puan ortancası 9 (0-24), bekar bireylerin 9 (0-24), dul bireylerin 9 (2-19)'dur (p=0,993; Tablo 10).

Evli bireylerin total FoMO ölçek ortanca puanı 13 (9-39), bekar bireylerin ölçek ortanca puanı 16 (9-39), dul bireylerin ölçek ortanca puanı 11 (9-28)'dir (p=0,008).

Tablo 11. FoMO ve alt ölçek puanlarının medeni duruma göre farklılıklarının incelenmesi

Ölçek Puanları	Evli Medyan (min-max)	Bekar Medyan (min-max)	Dul Medyan (min-max)	p değeri
Total FoMO	13 (9-39)	16 (9-39)	11 (9-28)	**0,008**
Kişisel FoMO	8 (5-27)	10 (5-27)	7 (5-22)	**0,004**
Sosyal FoMO	4 (4-14)	4 (4-14)	4 (4-13)	0,430

Kruskal Wallis-H testi

Evli bireylerin kişisel FoMO ölçek ortanca puanı 8 (5-27), bekar bireylerin 10 (5-27), dul bireylerin 7 (5-22) idi (p=0,004). Bekar bireylerin kişisel FoMO ölçek puanları evli bireylerden daha yüksekti (p=0,007).

Evli bireylerin sosyal FoMO ölçek ortanca puanı 4 (4-14), bekar bireylerin 4 (4-14), dul bireylerin 4 (4-13) idi (p=0,430; Tablo 11).

Okula gitmemiş bireylerin DASS-21 ölçek puanı ortancası 20 (3-33), ilkokul mezunu olanların 20 (0-38), lisans döneminde ya da lisans mezunu olanların 20 (0-48), yüksek lisans döneminde ya da yüksek lisans mezunu ve öğretim görevlisi olanların 14,5 (0-42)'tir. İstatistiksel olarak kayda değer bir farklılık mevcuttur (p=0,014). Yüksek lisans döneminde/araştırma görevlisi/yüksek lisans mezunu/öğretim görevlisi olanların ölçek puanı, ön lisans döneminde/ön lisans mezunu olanlardan daha yüksekti (p=0,003).

Tablo 12. Eğitim düzeyine göre DASS-21 ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

Eğitim düzeyi	DASS-21 medyan (min-maks)	Depresyon medyan (min-maks)	Anksiyete medyan (min-maks)	Stres medyan (min-maks)
Okula gitmemiş	20 (3-33)	7 (1-13)	5 (0-10)	8 (2-11)
İlkokul mezunu	20 (0-38)	7 (0-12)	6 (0-13)	6,5 (0-13)
Ortaokul mezunu	20,5 (3-44)	7 (2-15)	6 (0-14)	7 (0-16)
Lise okuyor ya da mezunu	20 (0-40)	7 (0-15)	6 (0-15)	7 (0-15)
Ön lisans döneminde ya da ön lisans mezunu	21 (0-50)	7 (0-19)	6 (0-17)	7 (0-16)
Lisans döneminde ya da lisans mezunu	20 (0-48)	7 (0-19)	6 (0-17)	7 (0-16)
Yüksek lisans döneminde/araştırma görevlisi/yüksek lisans mezunu/öğretim görevlisi	14,5 (0-42)	6 (0-18)	3 (0-16)	5 (0-15)
p değeri	**0,014**	**0,030**	**0,001**	0,153

Kruskal Wallis-H testi

Okula gitmemiş bireylerin depresyon alt ölçek puanı ortancası 7 (1-13), ilkokul mezunu olanların 7 (0-12), ön lisans döneminde ya da ön lisans mezunu olanların 7 (0-19) lisans döneminde ya da lisans mezunu olanların 7 (0-19), yüksek lisans döneminde/yüksek lisans mezunu/öğretim görevlisi olanların 6 (0-18)'dır (p=0,030). Yüksek lisans döneminde/araştırma görevlisi/yüksek lisans mezunu/öğretim görevlisi olanlar ile ön lisans döneminde/ön lisans mezunu olanlar arasında anlamlı fark vardır (p=0,016).

Okula gitmemiş bireylerin anksiyete alt ölçek puanı ortancası 5 (0-10), ilkokul mezunu olanların 6 (0-13), lisans döneminde ya da lisans mezunu olanların 6 (0-17), yüksek lisans döneminde/araştırma görevlisi/yüksek lisans mezunu/öğretim görevlisi olanların 3 (0-16)'tür (p=0,001). Yüksek lisans/araştırma görevlisi/yüksek lisans

mezunu/öğretim görevlisi olanların anksiyete puanları ile lisans döneminde/lisans mezunu olanlardan daha azdı (p=0,006). Yüksek lisans/araştırma görevlisi/yüksek lisans mezunu/öğretim görevlisi olanlar ile ön lisans döneminde/ön lisans mezunu olanlara göre anksiyete düzeyleri daha azdı (p<0,001).

Okula gitmemiş bireylerin stres alt ölçek puanı ortancası 8 (2-11), ilkokul mezunu olanların 6,5 (0-13), ortaokul mezunu olanların 7 (0-16), lisede okuyanların ya da lise mezunu olanların 7 (0-15), ön lisans döneminde ya da ön lisans mezunu olanların 7 (0-16), lisans döneminde ya da lisans mezunu olanların 7 (0-16), yüksek lisans döneminde/araştırma görevlisi/yüksek lisans mezunu/öğretim görevlisi olanların 5 (0-15)'tir (p=0,153; Tablo 12).

Okula gitmemiş bireylerin IES-R ölçek puanı ortancası 39 (22-52), ilkokul mezunu olanların 37 (0-64), ortaokul mezunu olanların 41 (11-63), lisans döneminde ya da lisans mezunu olanların 33 (0-74), yüksek lisans döneminde ya da yüksek lisans mezunu olanların 27 (0-64), öğretim görevlisi olanın 27 (27-64)'dir (p=0,002). Yüksek lisans mezunu/yüksek lisans dönemi/araştırma görevlisi/öğretim görevlisi olanların ölçek puanı ön lisans döneminde/ön lisans mezunu olanlardan daha az olarak saptandı (p<0,001).

Tablo 13. Eğitim düzeyine göre IES-R ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

Eğitim düzeyi	IES-R medyan (min-maks)	Yeniden yaşama medyan (min-maks)	Kaçınma medyan (min-maks)	Aşırı uyarılma medyan (min-maks)
Okula gitmemiş	39 (22-52)	15 (11-23)	14 (5-18)	10 (4-14)
İlkokul mezunu	37 (0-64)	15 (0-24)	11 (0-20)	9,5 (0-20)
Ortaokul mezunu	41 (11-63)	16 (3-28)	11 (2-22)	10,5 (1-21)
Lise okuyor ya da mezunu	36 (4-72)	14,5 (0-31)	11 (0-21)	11 (0-24)
Ön lisans döneminde ya da ön lisans mezunu	38 (0-80)	15 (0-32)	12 (0-27)	10 (0-24)
Lisans döneminde ya da lisans mezunu	33 (0-74)	12 (0-32)	11 (0-26)	9 (0-24)
Yüksek lisans döneminde/araştırma görevlisi/yüksek lisans mezunu/öğretim görevlisi	27 (0-64)	10 (0-27)	9 (0-19)	7 (0-24)
p değeri	**0,002**	**<0,001**	0,057	**0,026**

Kruskal Wallis-H testi

Okula gitmemiş bireylerin yeniden yaşama alt ölçek puanı ortancası 15 (11-23), ilkokul mezunu olanların 15 (0-24), lisans döneminde ya da lisans mezunu olanların 12 (0-32), yüksek lisans döneminde ya da yüksek lisans mezunu olanların 10 (0-27) ‘dur ($p<0,001$).

Yüksek lisans/araştırma görevlisi/öğretim görevlisi olan bireylerin yeniden yaşama alt ölçek puan ortancaları; ön lisans, lise ve ortaokul seviyesinde olanlara göre daha düşüktür ($p<0,001$, $p=0,044$, $p=0,029$).

Okula gitmemiş bireylerin kaçınma alt ölçek puanı ortancası 14 (5-18), ilkokul mezunu olanların 11 (0-20), lisans döneminde ya da lisans mezunu olanların 11 (0-26), yüksek lisans döneminde/yüksek lisans mezunu/öğretim görevlisi olanların 9 (0-19)'dur ($p=0,057$).

Okula gitmemiş bireylerin aşırı uyarılma alt ölçek puanı ortancası 10 (4-14), ilkokul mezunu olanların 9,5 (0-20), lisans döneminde ya da lisans mezunu olanların 9 (0-24), yüksek lisans döneminde/yüksek lisans mezunu/araştırma görevlisi/öğretim görevlisi olanların 7 (0-24)'dir ($p=0,026$). Yüksek lisans/araştırma görevlisi/yüksek lisans mezunu/öğretim görevlisi olanların kaçınma alt ölçek puan ortancası, ön lisans döneminde/ön lisans mezunu olanlardan daha düşüktür ($p=0,007$; Tablo 13).

Okula gitmemiş bireylerin total FoMO ölçek puanı ortancası 16 (9-30), ilkokul mezunu olanların 9 (9-26), ortaokul mezunu olanların 17,5 (9-29), lisede okuyanların ya da lise mezunu olanların 12 (9-39), ön lisans döneminde ya da ön lisans mezunu olanların 16 (9-39), lisans döneminde ya da lisans mezunu olanların 15 (9-37), yüksek lisans döneminde/yüksek lisans mezunu/öğretim görevlisi/araştırma görevlisi olanların 14 (9-36)'tür ($p=0,035$). Lisans döneminde olan bireylerin total FoMO ölçek puanları; ilkokul seviyesindeki bireylere göre yüksektir ($p=0,045$).

Okula gitmemiş bireylerin kişisel FoMO alt ölçek puanı ortancası 8 (4-14), ilkokul mezunu olanların 4 (4-8), ortaokul mezunu olanların 5,5 (5-14), lisede okuyanların ya da lise mezunu olanların 4 (4-14), ön lisans döneminde ya da ön lisans mezunu olanların 4 (4-13), lisans döneminde ya da lisans mezunu olanların 4 (4-14), yüksek lisans döneminde/yüksek lisans mezunu/öğretim görevlisi/araştırma görevlisi olanların 4 (4-13)'tür ($p=0,045$).

Tablo 14. Eğitim düzeyine göre FoMO ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

Eğitim düzeyi	FoMO medyan (min-maks)	Kişisel FoMO medyan (min-maks)	Sosyal FoMO medyan (min-maks)
Okula gitmemiş	16 (9-30)	8 (5-16)	8 (4-14)
İlkokul mezunu	9 (9-26)	5 (5-19)	4 (4-8)
Ortaokul mezunu	17,5 (9-29)	10,5 (5-22)	5,5 (4-14)
Lise okuyor ya da mezunu	12 (9-39)	8 (5-25)	4 (4-14)
Ön lisans döneminde ya da ön lisans mezunu	16 (9-39)	10 (5-27)	4 (4-13)
Lisans döneminde ya da lisans mezunu	15 (9-37)	10 (5-27)	4 (4-14)
Yüksek lisans döneminde/araştırma görevlisi/yüksek lisans mezunu/öğretim görevlisi	14 (9-36)	9 (5-25)	4 (4-13)
p değeri	**0,035**	**0,045**	0,167

Kruskal Wallis-H testi

Okula gitmemiş bireylerin sosyal FoMO alt ölçek puanı ortancası 8 (5-16), ilkokul mezunu olanların 5 (5-19), lisans döneminde ya da lisans mezunu olanların 10 (5-27), yüksek lisans döneminde/yüksek lisans mezunu/araştırma görevlisi/öğretim görevlisi olanların 9 (5-25)'dur (p=0,167; Tablo 14).

Tablo 15. Gelir düzeyine göre DASS-21 ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

Gelir düzeyi	DASS-21 medyan (min-maks)	Depresyon medyan (min-maks	Anksiyete medyan (min-maks)	Stres medyan (min-maks)
Asgari ücretin altında	23 (3-41)	7,5 (1-19)	7 (0-15)	8 (1-15)
Asgari ücret seviyesinde	20 (0-47)	7 (0-19)	5 (0-15)	7 (0-16)
Asgari ücretin üstünde	18 (0-44)	7 (0-19)	5 (0-16)	6 (0-15)
Çalışmıyor	20 (0-50)	7 (0-19)	6 (0-17)	7 (0-16)
p değeri	**0,002**	**0,025**	**<0,001**	**0,010**

Kruskal Wallis-H testi

Asgari ücretin altında gelir düzeyine sahip katılımcıların DASS-21 ölçek puan ortancası 23 (3-41), asgari ücret seviyesinde olanların 20 (0-47), asgari ücretin üstünde olanların 18 (0-44), çalışmayan bireylerin 20 (0-50)'dir (p=0,002).

Asgari ücretin üstünde kazancı olan katılımcıların çalışmayan bireylere göre DASS-21 ölçek puanları daha azdır (p=0,025). Asgari ücretin üstünde gelir elde edenlerin DASS-21 ölçek puanı, asgari ücretin altında kazancı olanlardan düşüktür (p=0,002).

Asgari ücretin altında gelir düzeyine sahip katılımcıların depresyon alt ölçek puan ortancası 7,5 (1-19), asgari ücret seviyesinde olanların 7 (0-19), asgari ücretin üstünde olanların 7 (0-19), çalışmayan bireylerin 7 (0-19)'dur (p=0,025).

Asgari ücretin altında gelir düzeyine sahip katılımcıların anksiyete alt ölçek puan ortancası 7 (0-15), asgari ücret seviyesinde olanların 5 (0-15), asgari ücretin üstünde olanların 5 (0-16), çalışmayan bireylerin 6 (0-17)'dir ($p < 0,001$). Asgari ücretin üzerinde geliri olan katılımcıların anksiyete puanları, çalışmayan ve asgari ücretten daha az gelire sahip olanlardan daha düşüktür (p=0,001, p=0,002).

Asgari ücretin altında geliri olan katılımcıların stres alt ölçek puanlarının ortanca değeri 8 (1-15) iken, asgari ücret seviyesinde bulunanların ortanca puanı 7 (0-16), asgari ücretin üzerinde geliri olanların ise 6 (0-15) olarak belirlenmiştir. Çalışmayan

bireylerde ise bu değer 7 (0-16) olarak kaydedilmiştir (p=0,010). Asgari ücretin üzerinde gelir elde edenlerin stres alt ölçek puan ortancaları, asgari ücretin altında geliri olanlardan daha düşüktür (p=0,006; Tablo 15).

Tablo 16. Gelir düzeyi farklılıklarının IES-R ve alt boyut puanlarına etkisi

Gelir düzeyi	**IES-R**	**Yeniden yaşama**	**Kaçınma**	**Aşırı uyarılma**
	medyan (min-maks)	**medyan (min-maks**	**medyan (min-maks)**	**medyan (min-maks)**
Asgari ücretin altında	42 (4-80)	16,5 (0-30)	14 (0-26)	12,5 (0-24)
Asgari ücret seviyesinde	32 (0-70)	13 (0-32)	11 (0-25)	8 (0-24)
Asgari ücretin üstünde	31 (0-70)	12 (0-32)	10 (0-24)	8 (0-24)
Çalışmıyor	35 (3-76)	14 (0-32)	11 (0-27)	9 (0-24)
p değeri	**0,001**	**0,007**	**0,034**	**0,001**

Kruskal Wallis-H testi

Asgari ücretin altında gelir düzeyine sahip katılımcıların IES-R ölçek puan ortancası 42 (4-80), asgari ücret seviyesinde olanların 32 (0-70), asgari ücretin üstünde olanların 31 (0-70), çalışmayan bireylerin 35 (3-76)'dır (p=0,001). Asgari ücretin altında gelire sahip olanların IES-R ölçek puan ortancaları, asgari ücret seviyesinde ve daha yüksek gelire sahip katılımcılardan daha yüksektir (p=0,001, p=0,042).

Asgari ücretin altında gelir düzeyine sahip katılımcıların yeniden yaşama alt ölçek puan ortancası 16,5 (0-30), asgari ücret seviyesinde olanların 13 (0-32), asgari ücretin üstünde olanların 12 (0-32), çalışmayan bireylerin 14 (0-32)'dir (p=0,007). Asgari ücretin üzerinde gelire sahip olan katılımcıların yeniden yaşama alt ölçek puan ortancası, asgari ücretin altında gelire sahip olanlardan daha azdır (p=0,006).

Asgari ücretin altında gelir düzeyine sahip katılımcıların kaçınma alt ölçek puan ortancası 14 (0-26), asgari ücret seviyesinde olanların 11 (0-25), asgari ücretin üstünde olanların 10 (0-24), çalışmayan bireylerin 11 (0-27)'dir (p=0,034). Asgari ücretin üzerinde gelire sahip olan katılımcıların puanı asgari ücretin altında gelire sahip olanlardan düşüktür (p=0,021).

Asgari ücretin altında gelir düzeyine sahip katılımcıların yeniden yaşama alt ölçek puan ortancası 12,5 (0-24), asgari ücret seviyesinde olanların 8 (0-24), asgari ücretin üstünde olanların 8 (0-24), çalışmayan bireylerin 9 (0-24)'tür (p=0,001).Asgari ücretin altında gelire sahip olanların puanları, asgari ücret seviyesinde ve daha üstünde kazanan bireylerden daha yüksek olduğu saptandı (p=0,001, p=0,015; Tablo 16).

Tablo 17'da katılımcıların gelir düzeylerinin total FoMO, kişisel FoMO ve sosyal FoMO ölçek puan ortancaları ile ilişkisi incelenmiştir (p=0,781, p=0,844, p=0,779; Tablo 17).

Tablo 17. Gelir düzeyi farklılıklarının FoMO ve alt boyut puanlarına etkisi

Gelir düzeyi	**Total FoMO medyan (min-maks)**	**Kişisel FoMO medyan (min-maks**	**Sosyal FoMO medyan (min-maks)**
Asgari ücretin altında	15,5 (9-33)	10 (5-26)	5 (4-12)
Asgari ücret seviyesinde	15 (9-34)	9,5 (5-26)	4 (4-14)
Asgari ücretin üstünde	14 (9-39)	9 (5-27)	4 (4-14)
Çalışmıyor	16 (9-39)	10 (5-27)	4 (4-14)
p değeri	0,781	0,844	0,779

Kruskal Wallis-H testi

Tablo 18. Sigara içme durumunun DASS-21 ölçek ve alt ölçek puanları ile karşılaştırılması

Ölçekler	Aktif olarak sigara içenler medyan (min-maks)	Aktif olarak sigara içmeyenler medyan (min-maks)	p değeri
DASS-21	21 (0-44)	19 (0-50)	**0,013**
Depresyon	7 (0-19)	7 (0-19)	**0,012**
Anksiyete	6 (0-17)	5 (0-17)	0,066
Stres	7 (0-16)	7 (0-16)	**0,023**

Mann-Whitney U testi

Aktif olarak sigara içenlerin DASS-21 ölçek puan ortancası 21 (0-44), aktif olarak sigara içmeyenlerin ise 19 (0-50)'dur (p=0,013). Aktif olarak sigara içenlerin depresyon alt ölçek puan ortancası 7 (0-19), aktif olarak sigara içmeyenlerin ise 7 (0-19)'dur (p=0,012). Aktif olarak sigara içenlerin anksiyete alt ölçek puan ortancası 6 (0-17), aktif olarak sigara içmeyenlerin ise 5 (0-17)'dir (p=0,066). Aktif olarak sigara içenlerin stres alt ölçek puan ortancası 7 (0-16), aktif olarak sigara içmeyenlerin ise 7 (0-16)'dır (p=0,023; Tablo 18).

Tablo 19. Sigara içme durumunun IES-R ölçek ve alt ölçek puanları ile karşılaştırılması

Ölçekler	Aktif olarak sigara içenler medyan (min-maks)	Aktif olarak sigara içmeyenler medyan (min-maks)	p değeri
IES-R	35 (3-74)	34 (0-80)	0,395
Yeniden yaşama	13,5 (0-32)	13 (0-32)	0,866
Kaçınma	11 (1-27)	11 (0-26)	0,220
Aşırı uyarılma	9,5 (0-24)	9 (0-24)	0,354

Mann-Whitney U testi

Aktif olarak sigara içenlerin IES-R ölçek puan ortancası 35 (3-74), aktif olarak sigara içmeyenlerin ise 34 (0-80)'dir (p=0,395). Aktif olarak sigara içenlerin yeniden yaşama alt ölçek puan ortancası 13,5 (0-32), aktif olarak sigara içmeyenlerin ise 13 (0-32)'dir. (p=0,866). Aktif olarak sigara içenlerin kaçınma alt ölçek puan ortancası 11(1-27), aktif olarak sigara içmeyenlerin ise 11 (0-26)'dır (p=0,220). Aktif olarak sigara içenlerin aşırı uyarılma alt ölçek puan ortancası 9,5 (0-24), aktif olarak sigara içmeyenlerin ise 9 (0-24)'dir (p=0,354; Tablo 19).

Tablo 20. Sigara içme durumunun FoMO ölçek ve alt ölçek puanları ile karşılaştırılması

Ölçekler	Aktif olarak sigara içenler medyan (min-maks)	Aktif olarak sigara içmeyenler medyan (min-maks)	p değeri
Total FoMO	14 (9-39)	15 (9-39)	0,089
Kişisel FoMO	9 (5-26)	10 (5-27)	0,087
Sosyal FoMO	4 (4-14)	4 (4-14)	0,247

Mann-Whitney U testi

Tablo 19'da katılımcıların sigara içme durumlarının total FoMO, kişisel FoMO ve sosyal FoMO ölçek puan ortancaları ile ilişkisi incelenmiştir (p=0,089, p=0,087, p=0,247; Tablo 20).

Alkollü içki tüketenlerin DASS-21 ölçek puan ortancası 21 (2-47), alkol tüketmeyenlerin ise 20 (0-50)'dir. (p=0,079). Alkollü içki tüketenlerin depresyon alt ölçek puan ortancası 7 (0-19), alkol tüketmeyenlerin ise 7 (0-19)'dur (p=0,080).

Alkollü içki tüketenlerin anksiyete alt ölçek puan ortancası 6 (0-16), alkol tüketmeyenlerin ise 6 (0-17)'dir (p=0,106). Alkollü içki tüketenlerin stres alt ölçek puan ortancası 7 (0-16), alkol tüketmeyenlerin ise 7 (0-16)'dır (p=0,182; Tablo 21).

Tablo 21. Alkol kullanma durumunun DASS-21 ölçek ve alt ölçek puanları ile karşılaştırılması

Ölçekler	Alkollü içki tüketenler medyan (min-maks)	Alkollü içki tüketmeyenler medyan (min-maks)	p değeri
DASS-21	21 (2-47)	20 (0-50)	0,079
Depresyon	7 (0-19)	7 (0-19)	0,080
Anksiyete	6 (0-16)	6 (0-17)	0,106
Stres	7 (0-16)	7 (0-16)	0,182

Mann-Whitney U testi

Tablo 22. Alkol tüketme durumunun IES-R ölçek ve alt ölçek puanları ile karşılaştırılması

Ölçekler	Alkollü içki tüketenler medyan (min-maks)	Alkollü içki tüketmeyenler medyan (min-maks)	p değeri
IES-R	34 (8-76)	35 (0-80)	0,966
Yeniden yaşama	13 (0-32)	13 (0-32)	0,550
Kaçınma	11 (1-27)	11 (0-26)	0,437
Aşırı uyarılma	9 (0-24)	9 (0-24)	0,972

Mann-Whitney U testi

Alkollü içki tüketenlerin IES-R ölçek puan ortancası 34 (8-76), alkol tüketmeyenlerin ise 35 (0-80)'dir (p=0,966). Alkollü içki tüketenlerin yeniden yaşama alt ölçek puan ortancası 13 (0-32), alkol tüketmeyenlerin ise 13 (0-32)'dur (p=0,550). Alkollü içki tüketenlerin kaçınma alt ölçek puan ortancası 11 (1-27), alkol tüketmeyenlerin ise 11

(0-26)'dir (p=0,437). Alkollü içki tüketenlerin aşırı uyarılma alt ölçek puan ortancası 9 (0-24), alkol tüketmeyenlerin ise 9 (0-24)'dır (p=0,972; Tablo 22).

Tablo 23. Alkol tüketme durumunun FoMO ölçek ve alt ölçek puanları ile karşılaştırılması

Ölçekler	Alkollü içki tüketenler medyan (min-maks)	Alkollü içki tüketmeyenler medyan (min-maks)	p değeri
Total FoMO	15 (9-36)	15 (9-39)	p=0,929
Kişisel FoMO	10 (5-25)	10 (5-27)	p=0,892
Sosyal FoMO	4 (4-14)	4 (4-14)	p=0,727

Mann-Whitney U testi

Alkollü içki tüketenlerin total FoMO ölçek puan ortancası 15 (9-36), alkol tüketmeyenlerin ise 15 (9-39)'dur (p=0,929). Alkollü içki tüketenlerin kişisel FoMO alt ölçek puan ortancası 10 (5-25), alkol tüketmeyenlerin ise 10 (5-27)'dir (p=0,892). Alkollü içki tüketenlerin sosyal FoMO alt ölçek puan ortancası 4 (4-14), alkol tüketmeyenlerin ise 4 (4-14)'dir (p=0,727; Tablo 23).

Tablo 24. Kronik hastalık sayısının DASS-21 ölçek ve alt ölçek puanları ile karşılaştırılması

Katılımcılarda kronik hastalık sayısı	DASS-21 medyan (min-maks)	Depresyon medyan (min-maks)	Anksiyete medyan (min-maks)	Stres medyan (min-maks)
Hastalık yok	19 (0-50)	7 (0-19)	5 (0-17)	7 (0-16)
1 kronik hastalık	21 (0-47)	8 (0-19)	6 (0-17)	7 (0-16)
2 kronik hastalık	17 (0-42)	6 (0-13)	4 (0-14)	7 (0-15)
3 kronik hastalık	25 (10-39)	9 (2-15)	7 (2-12)	8 (4-13)
En az 4 kronik hastalık	21 (3-23)	7,5 (1-9)	6 (0-7)	7 (2-8)
p değeri	0,100	0,069	0,255	0,081

Kruskal Wallis-H testi

Kronik hastalığı olmayan katılımcıların DASS-21 ölçek puan ortancası 19 (0-50), bir kronik hastalığı olanların 21 (0-47), iki kronik hastalığı olanların 17 (0-42), üç kronik hastalığı olanların 25 (10-39), en az dört kronik hastalığı olanların 21 (3-23)'tür (p=0,100). Kronik hastalığı olmayan katılımcıların depresyon alt ölçek puan ortancası 7 (0-19), bir kronik hastalığı olanların 8 (0-19), iki kronik hastalığı olanların 4 (0-14), üç kronik hastalığı olanların 9 (2-25), en az dört kronik hastalığı olanların 7,5 (1-9)'dur (p=0,069). Kronik hastalığı olmayan katılımcıların anksiyete alt ölçek puan ortancası 5 (0-17), bir kronik hastalığı olanların 6 (0-17), iki kronik hastalığı olanların 6 (0-13), üç kronik hastalığı olanların 7 (2-12), en az dört kronik hastalığı olanların 6 (0-7)'dir (p=0,255) Kronik hastalığı olmayan katılımcıların stres alt ölçek puan ortancası 7 (0-16), bir kronik hastalığı olanların 7 (0-16), iki kronik hastalığı olanların 7 (0-15), üç kronik hastalığı olanların 8 (4-13), en az dört kronik hastalığı olanların 7 (2-8)'dir (p=0,081; Tablo 24).

Tablo 25. Kronik hastalık sayısının IES-R ölçek ve alt ölçek puanları ile karşılaştırılması

Katılımcılarda kronik hastalık sayısı	IES-R medyan (min-maks)	Yeniden yaşama medyan (min-maks)	Kaçınma medyan (min-maks)	Aşırı uyarılma medyan (min-maks)
Hastalık yok	34 (0-80)	13 (0-32)	11 (0-27)	9 (0-24)
1 kronik hastalık	36 (0-72)	14 (0-32)	11 (0-23)	10 (0-24)
2 kronik hastalık	24 (0-59)	9 (0-25)	8 (0-19)	7 (0-20)
3 kronik hastalık	47 (20-66)	19 (8-28)	14 (5-20)	13 (7-24)
En az 4 kronik hastalık	35 (22-45)	14 (9-18)	12 (5-18)	8,5 (6-12)
p değeri	**0,013**	**0,006**	0,065	**0,035**

Kruskal Wallis-H testi

Kronik hastalığı olmayan katılımcıların IES-R ölçek puan ortancası 34 (0-80), bir kronik hastalığı olanların 36 (0-72), iki kronik hastalığı olanların 24 (0-59), üç kronik hastalığı olanların 47 (0-66), en az dört kronik hastalığı olanların 35 (22-45)'tir (p=0,013). İki kronik hastalığı olan bireylerin ölçek puan ortancası üç kronik hastalığa sahip olanlardan daha düşüktür (p=0,006).

Kronik hastalığı olmayan katılımcıların yeniden yaşama alt ölçek puan ortancası 13 (0-32), bir kronik hastalığı olanların 14 (0-32), iki kronik hastalığı olanların 9 (0-25), üç kronik hastalığı olanların 19 (8-28), en az dört kronik hastalığı olanların 14 (9-18)'dir (p=0,006). İki kronik hastalığı olanlar ile kronik hastalığı olmayan bireylerin puan ortancaları, üç kronik hastalık tanısı olanlardan daha düşüktür (p=0,003, p=0,039).

Kronik hastalığı olmayan katılımcıların kaçınma alt ölçek puan ortancası 9 (0-24), bir kronik hastalığı olanların 11 (0-23), iki kronik hastalığı olanların 8 (0-19), üç kronik hastalığı olanların 14 (5-20), en az dört kronik hastalığı olanların 12 (5-18)'dir (p=0,065).

Kronik hastalığı olmayan katılımcıların aşırı uyarılma alt ölçek puan ortancası 11 (0-27), bir kronik hastalığı olanların 10 (0-24), iki kronik hastalığı olanların 7 (0-20), üç kronik hastalığı olanların 13 (7-24), en az dört kronik hastalığı olanların 8,5 (6-12)'dir (p=0,035). İki kronik hastalığı olanların puanı üç kronik hastalığı olanlardan daha düşüktür (p=0,006; Tablo 25).

Kronik hastalığı olmayan katılımcıların total FoMO ölçek puan ortancası 15 (9-39), bir kronik hastalığı olanların 15 (9-35), iki kronik hastalığı olanların 11 (9-34), üç kronik hastalığı olanların 20 (9-34), en az dört kronik hastalığı olanların 9 (9-20)'dir (p=0,046). Post hoc test yapıldığında ikili gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Kronik hastalığı olmayan katılımcıların kişisel FoMO alt ölçek puan ortancası 10 (5-27), bir kronik hastalığı olanların 10 (5-25), iki kronik hastalığı olanların 7 (5-22), üç kronik hastalığı olanların 12 (5-23), en az dört kronik hastalığı olanların 5 (5-12)'dir (p=0,087).

Tablo 26. Kronik hastalık sayısının FoMO ölçek ve alt ölçek puanları ile karşılaştırılması

Katılımcılarda kronik hastalık sayısı	**FoMO medyan (min-maks)**	**Kişisel FoMO medyan (min-maks)**	**Sosyal FoMO medyan (min-maks)**
Hastalık yok	15 (9-39)	10 (5-27)	4 (4-14)
1 kronik hastalık	15 (9-35)	10 (5-25)	4 (4-14)
2 kronik hastalık	11 (9-34)	7 (5-22)	4 (4-13)

3 kronik hastalık	20 (9-34)	12 (5-23)	8 (4-12)
En az 4 kronik hastalık	9 (9-20)	5 (5-12)	4 (4-8)
p değeri	**0,046**	0,087	0,056

Kruskal Wallis-H testi

Kronik hastalığı olmayan katılımcıların sosyal FoMO alt ölçek puanlarının medyanı 4 (4-14) olarak saptanırken, bir kronik hastalığı bulunanlarda bu medyan değer 4 (4-14), iki kronik hastalığı olanlarda 4 (4-13), üç kronik hastalığı olanlarda 8 (4-12) ve dört veya daha fazla kronik hastalığı olanlarda ise 4 (4-8) olarak belirlenmiştir (p=0,056; Tablo 26).

Deprem sonrasında psikiyatrik ilaç kullananların DASS-21 puan medyanı 25 (3-47) iken, ilaç kullanmayanların medyan puanı 19 (0-50) olarak kaydedilmiştir (p<0,001).

Ayrıca, psikiyatrik ilaç kullananların depresyon alt ölçek medyan puanı 9,5 (1-19), ilaç kullanmayanların ise 7 (0-19) olarak bulunmuştur (p<0,001).

Tablo 27. Katılımcıların deprem sonrası psikiyatrik ilaç kullanımının DASS-21 ölçeği ve alt ölçekleriyle karşılaştırılması

Katılımcıların deprem sonrası psikiyatrik ilaç kullanımı	**DASS-21 medyan (min-maks)**	**Depresyon medyan (min-maks)**	**Anksiyete medyan (min-maks)**	**Stres medyan (min-maks)**
Evet	25 (3-47)	9,5 (1-19)	7 (0-16)	8,5 (0-16)
Hayır	19 (0-50)	7 (0-19)	5 (0-17)	7 (0-16)
p değeri	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**

Mann-Whitney U testi

Deprem sonrasında psikiyatrik ilaç kullanan katılımcıların anksiyete alt ölçek puanlarının medyanı 7 (0-16) olarak belirlenmişken, ilaç kullanmayanların medyanı 5 (0-17) olarak saptanmıştır (p<0,001).

Stres alt ölçek puanlarına bakıldığında, ilaç kullanan grubun medyanı 8,5 (0-16), ilaç kullanmayan grubun medyanı ise 7 (0-16) olarak bulunmuştur (p<0,001; Tablo 27).

IES-R ölçek puanlarına bakıldığında, psikiyatrik ilaç kullananların medyanı 43 (17-72), ilaç kullanmayanların ise 33 (0-80) olarak saptanmıştır (p<0,001).

Yeniden yaşama alt ölçek puanlarında, ilaç kullanan katılımcıların medyanı 17 (5-30), ilaç kullanmayanların medyanı ise 13 (0-32) olarak bulunmuştur (p<0,001).

Kaçınma alt ölçek puanlarına gelince, psikiyatrik ilaç kullananların medyanı 13 (3-22), ilaç kullanmayanların ise 11 (0-27) olarak tespit edilmiştir (p=0,006).

Tablo 28. Katılımcıların deprem sonrası psikiyatrik ilaç kullanımının IES-R ölçeği ve alt ölçekleriyle karşılaştırılması

Katılımcıların deprem sonrası psikiyatrik ilaç kullanımı	**IES-R medyan (min-maks)**	**Yeniden yaşama medyan (min-maks)**	**Kaçınma medyan (min-maks)**	**Aşırı uyarılma medyan (min-maks)**
Evet	43 (17-72)	17 (5-30)	13 (3-22)	13,5 (3-24)
Hayır	33 (0-80)	13 (0-32)	11 (0-27)	9 (0-24)
p değeri	**<0,001**	**<0,001**	**0,006**	**0,001**

Mann-Whitney U testi

Deprem sonrası dönemde psikiyatrik ilaç kullananların aşırı uyarılma alt ölçek puanlarının medyanı 13,5 (3-24) iken, ilaç kullanmayan katılımcılar için bu değer 9 (0-24) olarak saptanmıştır (p<0,001; Tablo 28).

Tablo 29. Katılımcıların deprem sonrası psikiyatrik ilaç kullanımının FoMO ölçeği ve alt ölçekleriyle karşılaştırılması

Katılımcıların deprem sonrası psikiyatrik ilaç kullanımı	**FoMO medyan (min-maks)**	**Kişisel FoMO medyan (min-maks)**	**Sosyal FoMO medyan (min-maks)**
Evet	15 (9-39)	10 (5-25)	4 (4-14)
Hayır	15 (9-39)	10 (5-27)	4 (4-14)
p değeri	0,563	0,392	0,867

Mann-Whitney U testi

Deprem sonrası dönemde psikiyatrik ilaç kullanan katılımcıların FoMO ölçek puan ortancası 15 (9-39), ilaç kullanmayanların ise 15 (9-39)'dur (p=0,563).

Deprem sonrası dönemde psikiyatrik ilaç kullanan katılımcıların kişisel FoMO alt ölçek puan ortancası 10 (5-25), ilaç kullanmayanların ise 10 (5-27)'dir (p=0,392).

Deprem sonrası dönemde psikiyatrik ilaç kullanan katılımcıların sosyal FoMO alt ölçek puan ortancası 4 (4-14), ilaç kullanmayanların ise 4 (4-14)'tür (p=0,867; Tablo 29).

Tablo 30. Katılımcıların deprem sonrası psikososyal destek alma durumlarının DASS-21 ölçeği ve alt ölçekleriyle karşılaştırılması

Katılımcıların deprem sonrası psikososyal destek alımı	**DASS-21 medyan (min-maks)**	**Depresyon medyan (min-maks)**	**Anksiyete medyan (min-maks)**	**Stres medyan (min-maks)**
Evet	25 (0-50)	9 (0-19)	7 (0-16)	8 (0-16)
Hayır	19 (0-48)	7 (0-19)	5 (0-17)	6 (0-16)
p değeri	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**

Mann-Whitney U testi

Deprem sonrası dönemde psikososyal destek almış katılımcıların DASS-21 puanlarının ortanca değeri 25 (0-50) olarak belirlenirken, destek almayanların medyan puanı 19 (0-48) olarak tespit edilmiştir (p<0,001).

Depresyon alt ölçek puanlarına bakıldığında, psikososyal destek almış katılımcıların ortanca puanı 9 (0-19) iken, destek almayanlarda bu değer 7 (0-19) olarak kaydedilmiştir (p<0,001). Anksiyete alt ölçeği açısından, destek alanların medyan değeri 7 (0-16), destek almayanların ise 5 (0-17) olarak belirlenmiştir (p<0,001).
Stres alt ölçek puanlarında ise, psikososyal destek alan katılımcıların medyanı 8 (0-16), destek almayanların ise 6 (0-16) olarak kaydedilmiştir (p<0,001; Tablo 30).

Tablo 31. Katılımcıların deprem sonrası psikososyal destek alma durumlarının IES-R ölçeği ve alt ölçekleriyle karşılaştırılması

Katılımcıların deprem sonrası psikososyal destek alımı	IES-R medyan (min-maks)	Yeniden yaşama medyan (min-maks)	Kaçınma medyan (min-maks)	Aşırı uyarılma medyan (min-maks)
Evet	45 (3-76)	17 (0-32)	13 (2-24)	13,5 (0-24)
Hayır	32 (0-80)	12 (0-32)	10 (0-27)	9 (0-24)
p değeri	**<0,001**	**<0,001**	**0,001**	**<0,001**

Mann-Whitney U testi

Deprem sonrası dönemde psikososyal destek alan katılımcıların IES-R ölçek puanlarının ortanca değeri 45 (3-76) olarak tespit edilirken, destek almayanlarda bu değer 32 (0-80) olarak bulunmuştur (p<0,001).

Psikososyal destek alanların yeniden yaşama alt ölçek puanları için medyan değer 17 (0-32) olarak belirlenmiş, destek almayanlarda ise bu değer 12 (0-32) olarak saptanmıştır (p<0,001).

Kaçınma alt ölçek puanlarına bakıldığında, destek alan katılımcıların ortanca değeri 13 (2-24), destek almayanların ise 10 (0-27) olarak bulunmuştur (p=0,001).

Aşırı uyarılma alt boyutunda, psikososyal destek alan katılımcıların medyan puanı 13,5 (0-24) olarak belirlenmiştir. Buna karşılık, destek almayan katılımcıların medyan puanı 9 (0-24) olarak saptanmıştır (p<0,001; Tablo 31).

Tablo 32. Katılımcıların deprem sonrası psikososyal destek alma durumlarının FoMO ölçeği ve alt ölçekleriyle karşılaştırılması

Katılımcıların deprem sonrası psikososyal destek alımı	FoMO medyan (min-maks)	Kişisel FoMO medyan (min-maks)	Sosyal FoMO medyan (min-maks)
Evet	18 (9-39)	11 (5-27)	4,5 (4-13)
Hayır	15 (9-39)	9 (5-27)	4 (4-14)
p değeri	**0,032**	**0,007**	0,377

Mann-Whitney U testi

Deprem sonrası dönemde psikososyal destek alan katılımcıların FoMO ölçek puan ortancası 18 (9-39), destek almayanların ise 15 (9-39)'dur (p=0,032).

Deprem sonrası dönemde psikososyal destek alan katılımcıların kişisel FoMO alt ölçek puan ortancası 11 (5-27), destek almayanların ise 9 (5-27)'dir (p=0,007).

Deprem sonrası dönemde psikososyal destek alan katılımcıların sosyal FoMO alt ölçek puan ortancası 4,5 (4-13), destek almayanların ise 4 (4-14)'tür (p=0,377; Tablo 32).

Tablo 33. Katılımcıların deprem sonrası dönemde sosyal medyada geçirdikleri sürenin DASS-21 ölçek ve alt ölçekleriyle karşılaştırılması

Katılımcıların deprem sonrası sosyal medyada geçirdikleri süre	DASS-21 medyan (min-maks)	Depresyon medyan (min-maks)	Anksiyete medyan (min-maks)	Stres medyan (min-maks)
0-1 saat	20 (0-47)	7 (0-49)	5 (0-16)	6 (0-16)
1-3 saat	18 (0-50)	6 (0-19)	5 (0-17)	6 (0-16)
3-6 saat	21 (0-44)	7 (0-19)	6 (0-17)	7 (0-16)
6 saatten fazla	21 (0-48)	8 (0-18)	7 (0-17)	7 (0-16)
p değeri	**0,005**	**0,001**	**0,003**	0,220

Kruskal Wallis-H testi

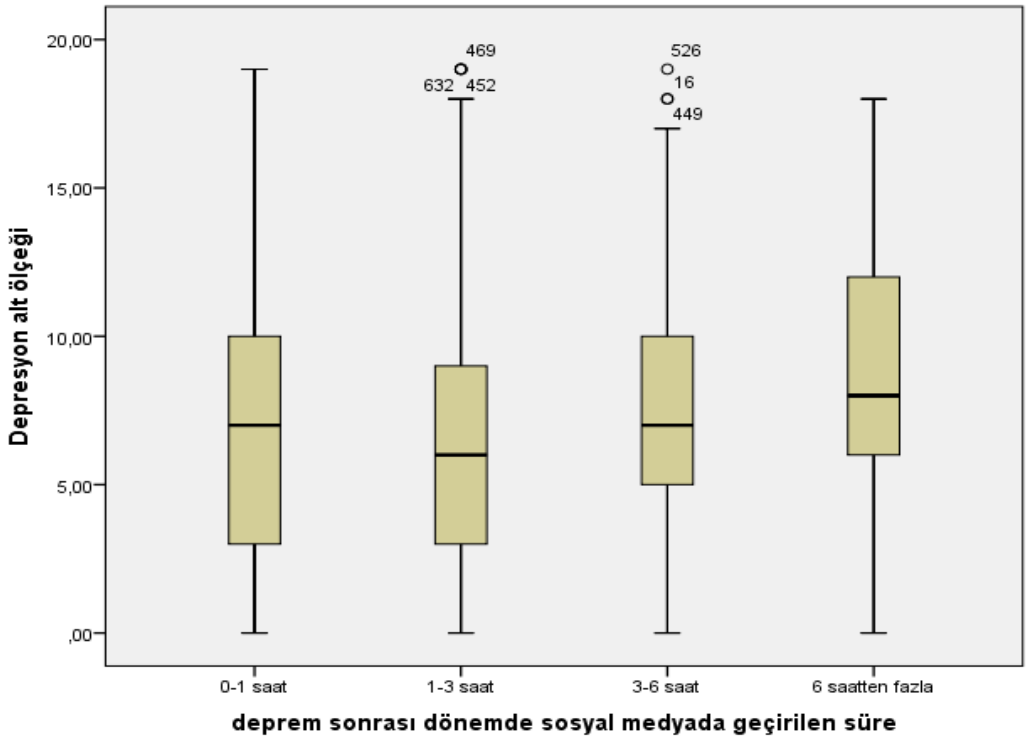
Deprem sonrası dönemde sosyal medyada günlük 0-1 saat geçiren katılımcıların DASS-21 puanlarının ortanca değeri 20 (0-47) olarak saptanmış, 1-3 saat geçirenlerin medyan puanı 18 (0-50), 3-6 saat geçirenlerin medyanı 21 (0-44), 6 saatten fazla süre geçirenlerin ise 21 (0-48) olarak kaydedilmiştir (p=0,005). Özellikle, sosyal medyada 1-3 saat geçirenlerin puanı, 3-6 saat vakit geçirenlerden daha düşüktür (p=0,020).

Depresyon alt ölçek puanları açısından, sosyal medyada günlük 0-1 saat geçiren katılımcıların medyan puanı 7 (0-19) iken, 1-3 saat geçirenlerin medyanı 6 (0-19), 3-6 saat geçirenlerin medyanı 7 (0-19) ve 6 saatten fazla süre geçirenlerin medyanı 8 (0-18) olarak belirlenmiştir (p=0,001). Depresyon alt ölçeğine göre, sosyal medyada 1-3 saat geçirenlerin puanı, 3-6 saat vakit geçirenlerden düşüktür (p=0,020).6 saatten fazla vakit geçirenlerin ölçek puanı, 3-6 saat vakit geçirenlerden yüksektir (p=0,001; Şekil 1).

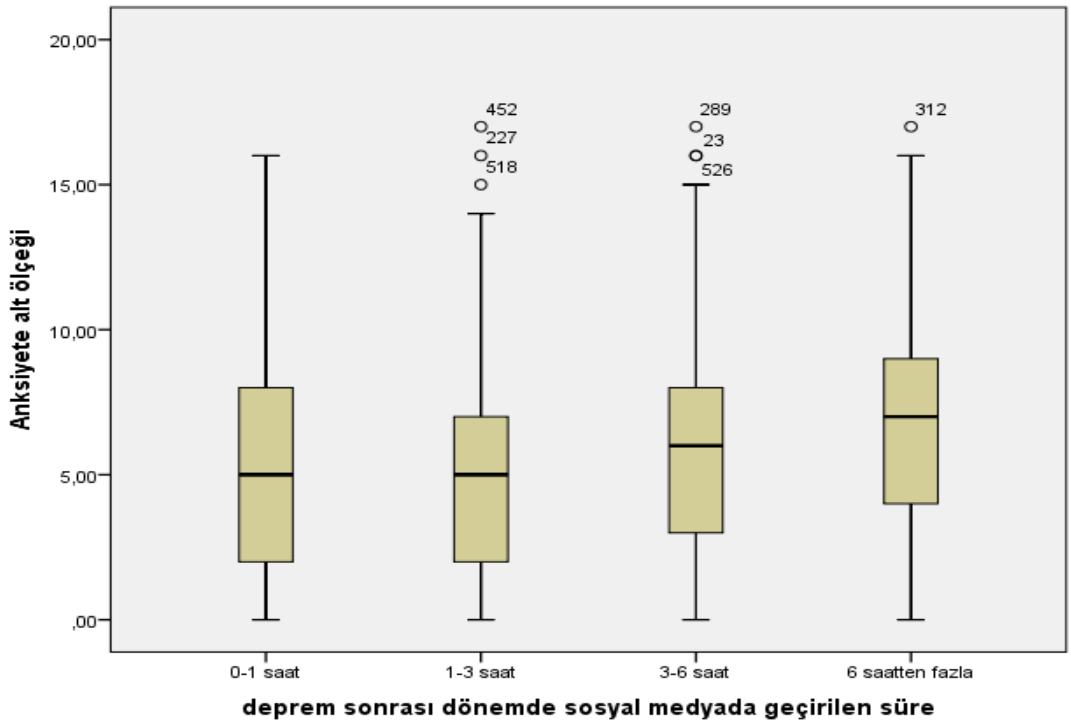
Anksiyete alt ölçek puanlarına bakıldığında, sosyal medyada günlük 0-1 saat geçiren katılımcıların medyan puanı 5 (0-16) olarak belirlenmiş, 1-3 saat geçirenlerin medyanı 5 (0-17), 3-6 saat geçirenlerin medyanı 6 (0-17) ve 6 saatten fazla geçirenlerin medyanı 7 (0-17) olarak tespit edilmiştir (p=0,003). Sosyal medyada 1-3 saat vakit geçirenlerin

puanı, 3-6 saat vakit geçirenlerden daha düşük düzeyde bulunmuştur (p=0,027; Şekil 2).

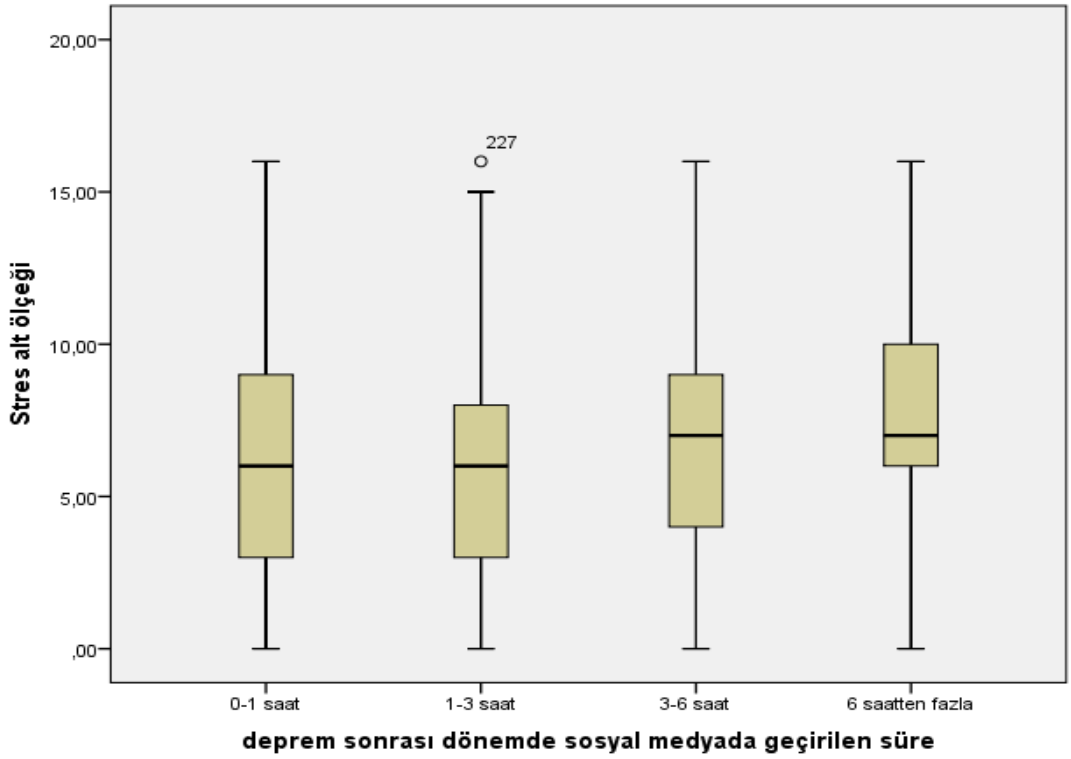
Stres alt ölçek puanlarına gelince, sosyal medyada günlük 0-1 saat geçiren katılımcıların medyan puanı 6 (0-16) iken, 1-3 saat geçirenlerin medyanı 6 (0-16), 3-6 saat geçirenlerin medyanı 7 (0-16), 6 saatten fazla geçirenlerin medyanı ise 7 (0-16) olarak tespit edilmiştir (p=0,220; Tablo 33; Şekil 3).



Şekil 1. Katılımcıların depresyon alt ölçek skoru ile deprem sonrası sosyal medya kullanım süresi arasındaki ilişki



Şekil 2. Katılımcıların anksiyete alt ölçek skoru ile deprem sonrası sosyal medya kullanım süresi arasındaki ilişki



Şekil 3. Katılımcıların stres alt ölçek skoru ile deprem sonrası sosyal medya kullanım süresi arasındaki ilişki

Tablo 34. Katılımcıların deprem sonrası dönemde sosyal medyada geçirdikleri sürenin IES-R ölçek ve alt ölçekleriyle karşılaştırılması

Katılımcıların deprem sonrası sosyal medyada geçirdikleri süre	IES-R medyan (min-maks)	Yeniden yaşama medyan (min-maks)	Kaçınma medyan (min-maks)	Aşırı uyarılma medyan (min-maks)
0-1 saat	36 (0-65)	14 (0-31)	11 (0-25)	9 (0-23)
1-3 saat	32 (0-80)	12 (0-31)	10 (0-26)	8 (0-24)
3-6 saat	35 (0-76)	13,5 (0-32)	12 (0-24)	10 (0-24)
6 saatten fazla	43 (2-72)	16 (1-32)	12 (1-27)	12 (0-24)
p değeri	**0,014**	**0,009**	0,105	**0,017**

Kruskal Wallis-H testi

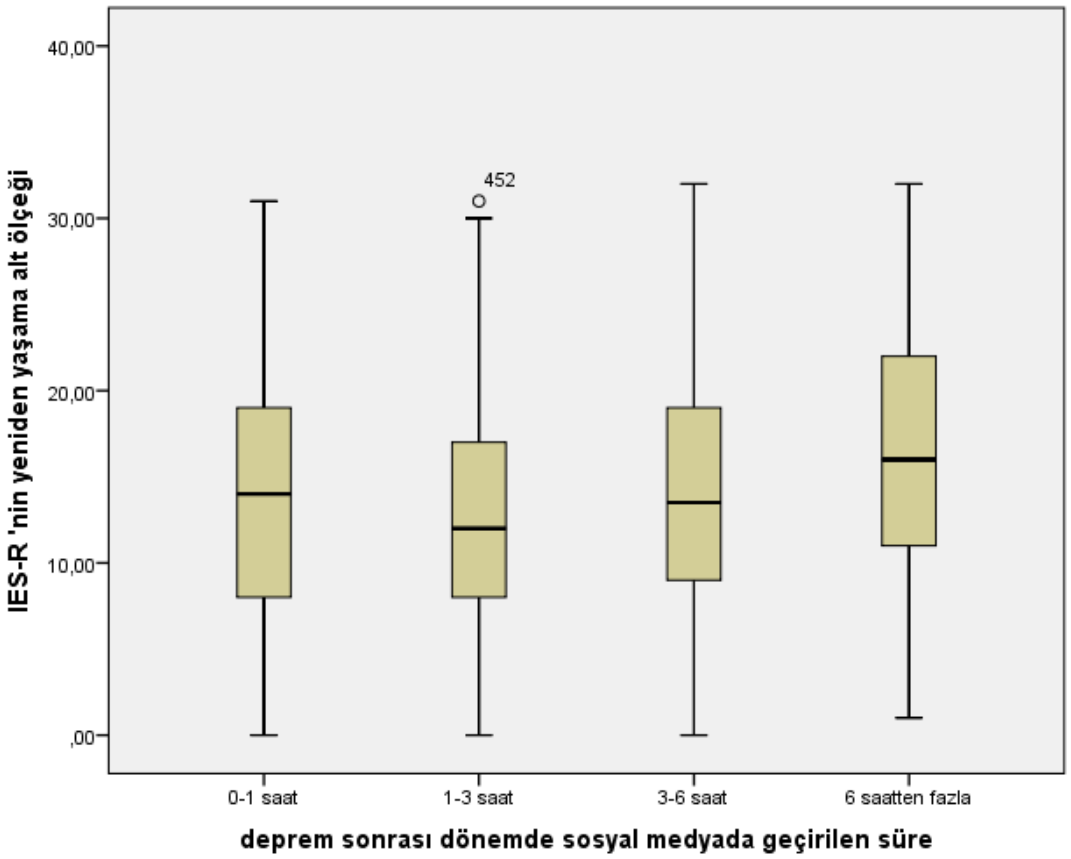
Deprem sonrası dönemde sosyal medyada 0-1 saat arası süre geçiren katılımcıların IES-R ölçek puan ortancası 36 (0-65), 1-3 saat arası süre geçirenlerin 32 (0-80), 3-6 saat arası süre geçirenlerin 35 (0-76), 6 saatten fazla süre geçirenlerin 43 (2-72)'dir (p=0,014). Sosyal medyayı 6 saatten fazla kullananların puanı, 1-3 saat vakit geçirenlerden daha yüksek bulunmuştur (p=0,005).

Deprem sonrası dönemde sosyal medyada 0-1 saat arası süre geçiren katılımcıların yeniden yaşama alt ölçek puan ortancası 14 (0-31), 1-3 saat arası süre geçirenlerin 12 (0-31), 3-6 saat arası süre geçirenlerin 13,5 (0-32), 6 saatten fazla süre geçirenlerin 16 (1-32)'dir (p=0,009). Yeniden yaşama alt ölçeğine bakıldığında sosyal medyayı 6 saatten fazla kullananların puanı, 1-3 saat vakit geçirenlerden daha yüksektir (p=0,008; Şekil 4).

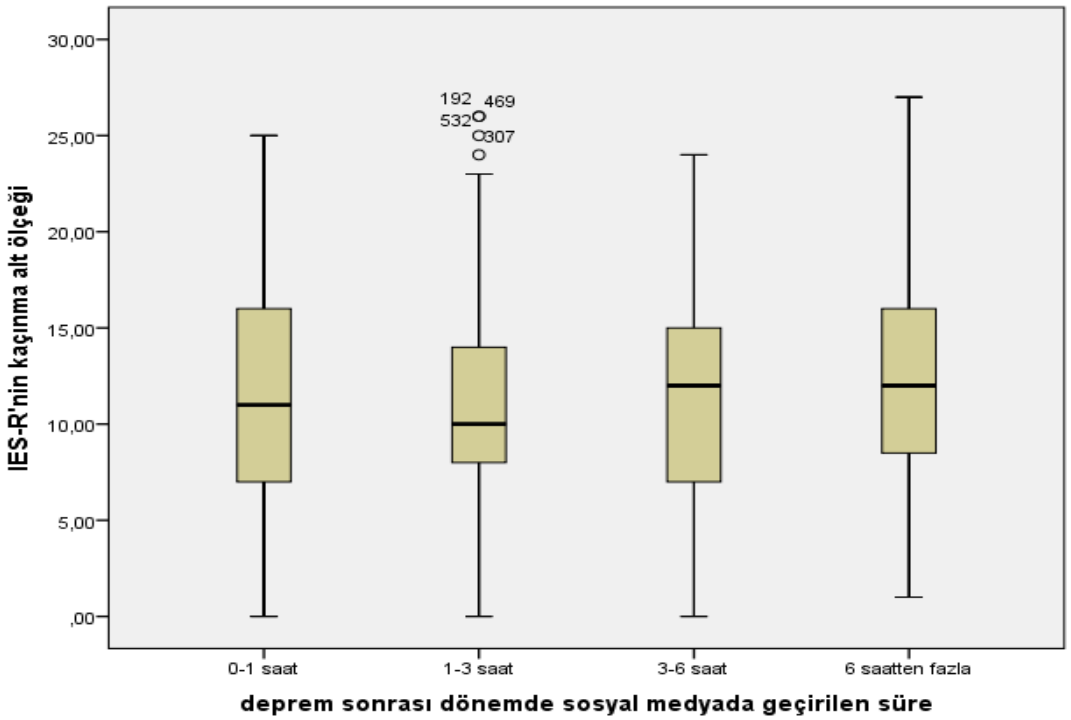
Deprem sonrası dönemde sosyal medyada 0-1 saat arası süre geçiren katılımcıların kaçınma alt ölçek puan ortancası 11 (0-25), 1-3 saat arası süre geçirenlerin 10 (0-26), 3-6 saat arası süre geçirenlerin 12 (0-24), 6 saatten fazla süre geçirenlerin 12 (1-27)'dir (p=0,105; Şekil 5).

Deprem sonrası dönemde sosyal medyada 0-1 saat arası süre geçiren katılımcıların aşırı uyarılma alt ölçek puan ortancası 9 (0-23), 1-3 saat arası süre geçirenlerin 8 (0-

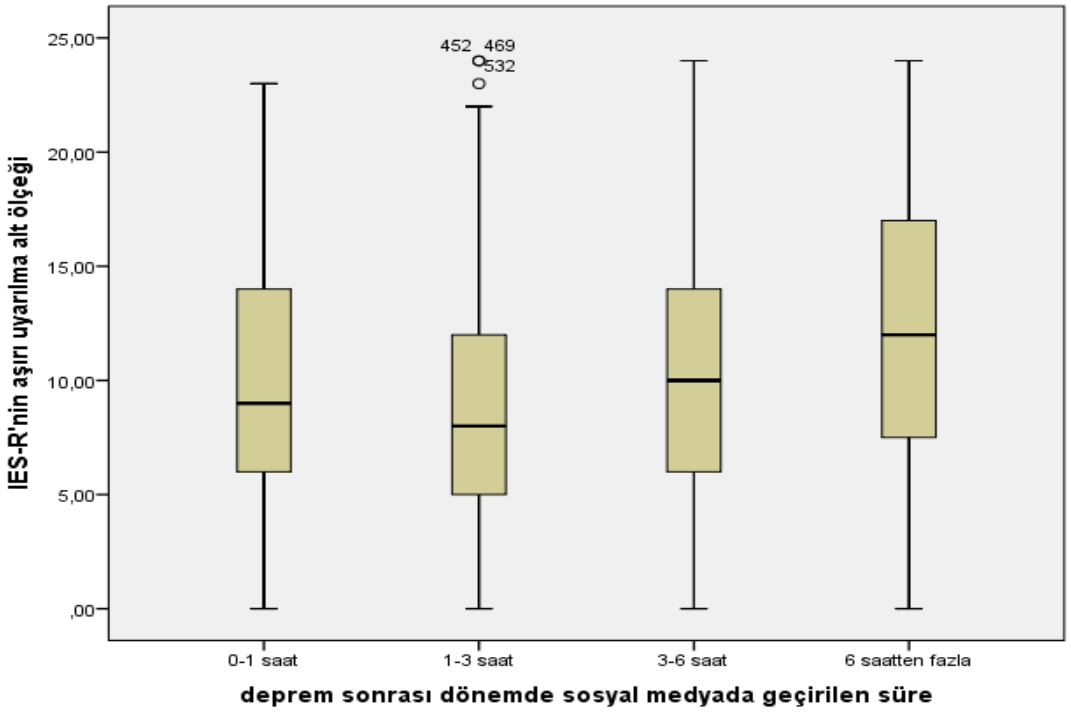
24), 3-6 saat arası süre geçirenlerin 10 (0-24), 6 saatten fazla süre geçirenlerin 12 (0-24)'tür (p=0,017). Sosyal medyayı 1-3 saat arası kullananların aşırı uyarılma alt ölçek puanları, 6 saatten fazla vakit geçirenlere göre daha azdır (p=0,022; Tablo 34; Şekil 6).



Şekil 4. Katılımcıların yeniden yaşama alt ölçek skoru ile deprem sonrası sosyal medya kullanım süresi arasındaki ilişki



Şekil 5. Katılımcıların kaçınma alt ölçek skoru ile deprem sonrası sosyal medya kullanım süresi arasındaki ilişki



Şekil 6. Katılımcıların aşırı uyarılma alt ölçek skoru ile deprem sonrası sosyal medya kullanım süresi arasındaki ilişki

Deprem sonrası dönemde sosyal medyada günlük 0-1 saat geçiren katılımcıların FoMO ölçek puanlarının medyanı 9 (9-35) olarak kaydedilmiş, 1-3 saat geçirenlerin medyanı 14 (9-39), 3-6 saat geçirenlerin medyanı 17 (9-36) ve 6 saatten fazla süre geçirenlerin medyanı ise 20 (9-37) olarak belirlenmiştir (p<0,001). Post-hoc analizlerde, sosyal medyada 0-1 saat geçirenlerin ölçek puanı 1-3 saat geçirenlerden daha azdır (p=0,037). Ayrıca, 0-1 saat vakit geçirenlerin puanı 3-6 saat geçirenlerden daha azdır (p<0,001). 0-1 saat geçirenlerin ölçek puanı 6 saatten fazla süre geçirenlerden daha düşüktür (p<0,001). Sosyal medyada 1-3 saat vakit geçirenlerin puanı, 6 saatten fazla süre geçirenlerden daha düşüktür (p<0,001).

Tablo 35. Katılımcıların deprem sonrası dönemde sosyal medyada geçirdikleri sürenin FoMO ölçek ve alt ölçekleriyle karşılaştırılması

Katılımcıların deprem sonrası sosyal medyada geçirdikleri süre	FoMO medyan (min-maks)	Kişisel FoMO medyan (min-maks)	Sosyal FoMO medyan (min-maks)
0-1 saat	9 (9-35)	5 (5-25)	4 (4-13)
1-3 saat	14 (9-39)	9 (5-27)	4 (4-14)
3-6 saat	17 (9-36)	10 (5-26)	4 (4-14)
6 saatten fazla	20 (9-37)	14 (5-27)	6 (4-14)
p değeri	**<0,001**	**<0,001**	**0,005**

Kruskal Wallis-H testi

Deprem sonrası sosyal medyada günlük 0-1 saat geçiren katılımcıların kişisel FoMO alt ölçek puanlarının medyanı 5 (5-25) olarak belirlenirken, 1-3 saat geçirenlerin medyanı 9 (5-27), 3-6 saat geçirenlerin medyanı 10 (5-26) ve 6 saatten fazla süre geçirenlerin medyanı 14 (5-27) olarak kaydedilmiştir (p<0,001). Post-hoc analiz yapıldığında, sosyal medyada 0-1 saat geçirenlerin puanı, 1-3 saat vakit geçirenlerden daha azdır (p=0,011). Ayrıca, 0-1 saat vakit geçirenlerin puanı 3-6 saat vakit geçirenlere göre ölçek puanı daha azdır (p<0,001). 0-1 saat vakit geçirenlerin puanı 6 saatten fazla süre geçirenlere göre daha azdır (p<0,001). Sosyal medyada 1-3 saat geçirenlerin puanı, 3-6 saat vakit geçirenlere göre daha düşüktür (p=0,006). 1-

3 saat vakit geçirenlerin puanı 6 saatten fazla vakit geçirenlere göre daha düşüktür (p<0,001). 3-6 saat vakit geçirenlerin ölçek puanı 6 saatten fazla vakit geçirenlere göre daha düşüktür (p=0,007).

Deprem sonrası sosyal medyada 0-1 saat geçiren katılımcıların sosyal FoMO alt ölçek puanlarının medyanı 4 (4-13), 1-3 saat geçirenlerin medyanı 4 (4-14), 3-6 saat geçirenlerin medyanı 4 (4-14) ve 6 saatten fazla süre geçirenlerin medyanı 6 (4-14) olarak bulunmuştur (p=0,005). Sosyal medyada 0-1 saat geçirenlerin sosyal FoMO alt ölçek puanı 3-6 saat vakit geçirenlere göre daha düşüktür (p=0,010). Sosyal medyada 0-1 saat vakit geçirenlerin ölçek puanları, 6 saatten fazla süre geçirenlerden daha düşüktür (p=0,013; Tablo 35).

Tablo 36. Katılımcıların deprem sonrası dönemde güncel olaylardan haberdar olmak için en sık kullandıkları sosyal medya platformunun DASS-21 ölçek ve alt ölçekleriyle karşılaştırılması

Katılımcıların deprem sonrası güncel olaylardan haberdar olmak için en sık kullandıkları sosyal medya platformu	**DASS-21 medyan (min-maks)**	**Depresyon medyan (min-maks)**	**Anksiyete medyan (min-maks)**	**Stres medyan (min-maks)**
Facebook/Meta	17 (0-37)	6 (0-19)	4 (0-15)	6 (0-12)
Twitter/X	20 (0-50)	7 (0-19)	6 (0-17)	7 (0-16)
Instagram	20 (0-48)	7 (0-18)	6 (0-17)	7 (0-16)
YouTube	18 (0-38)	7 (0-18)	4 (0-12)	6 (0-13)
Google	22 (0-43)	8 (0-14)	7 (0-16)	7 (0-15)
WhatsApp	11 (3-24)	4,5 (2-8)	3 (0-16)	4,5 (0-10)
p değeri	**0,013**	0,110	**0,005**	0,085

Kruskal Wallis-H testi

Deprem sonrası dönemde güncel olaylardan haberdar olmak için en sık facebook/meta platformunu kullanan katılımcıların DASS-21 ölçek puan ortancası 17 (0-37), twitter/x platformunu kullananların 20 (0-50), instagram platformunu kullananların 20 (0-48), youtube platformunu kullananların 18 (0-38), google platformunu kullananların 22 (0-43), whatsapp platformunu kullananların 11 (3-24)'tür (p=0,013).

Deprem sonrası dönemde güncel olaylardan haberdar olmak için en sık facebook/meta platformunu kullanan katılımcıların depresyon alt ölçek puan ortancası 6 (0-19), twitter/x platformunu kullananların 7 (0-19), instagram platformunu kullananların 7 (0-18), youtube platformunu kullananların 7 (0-18), google platformunu kullananların 8 (0-14), whatsapp platformunu kullananların 4,5 (2-8)'tür (p=0,110).

Deprem sonrası dönemde güncel olaylardan haberdar olmak için en sık facebook/meta platformunu kullanan katılımcıların anksiyete alt ölçek puan ortancası 4 (0-15), twitter/x platformunu kullananların 6 (0-17), instagram platformunu kullananların 6 (0-17), youtube platformunu kullananların 4 (0-12), google platformunu kullananların 7 (0-16), whatsapp platformunu kullananların 3 (0-16)'dır (p=0,005).

Deprem sonrası dönemde güncel olaylardan haberdar olmak için en sık facebook/meta platformunu kullanan katılımcıların stres alt ölçek puan ortancası 6 (0-12), twitter/x platformunu kullananların 7 (0-16), instagram platformunu kullananların 7 (0-16), youtube platformunu kullananların 6 (0-13), google platformunu kullananların 7 (0-15), whatsapp platformunu kullananların 4,5 (0-10)'dur (p=0,085; Tablo 36).

Deprem sonrası dönemde güncel olaylardan haberdar olmak için en sık facebook/meta platformunu kullanan katılımcıların IES-R ölçek puan ortancası 17 (0-37), twitter/x platformunu kullananların 20 (0-50), instagram platformunu kullananların 20 (0-48), youtube platformunu kullananların 18 (0-38), google platformunu kullananların 22 (0-43), whatsapp platformunu kullananların 11 (3-24)'tür (p=0,028). Facebook/Meta kullananların ölçek puan ortancası, instagram kullananlara göre daha düşüktür(p=0,049).

Deprem sonrası dönemde güncel olaylardan haberdar olmak için en sık facebook/meta platformunu kullanan katılımcıların yeniden yaşama alt ölçek puan ortancası 10 (0-23), twitter/x platformunu kullananların 13 (0-32), instagram platformunu kullananların 14 (0-32), youtube platformunu kullananların 12 (0-29), google platformunu kullananların 15 (0-27), whatsapp platformunu kullananların 13 (5-32)'dir (p=0,305).

Tablo 37. Katılımcıların deprem sonrası dönemde güncel olaylardan haberdar olmak için en sık kullandıkları sosyal medya platformunun IES-R ölçek ve alt ölçekleriyle karşılaştırılması

Katılımcıların deprem sonrası güncel olaylardan haberdar olmak için en sık kullandıkları sosyal medya platformu	IES-R medyan (min-maks)	Yeniden yaşama medyan (min-maks)	Kaçınma medyan (min-maks)	Aşırı uyarılma medyan (min-maks)
Facebook/Meta	26 (0-61)	10 (0-23)	9 (0-20)	7 (0-18)
Twitter/X	35 (0-80)	13 (0-32)	12 (0-27)	9 (0-24)
Instagram	35 (0-76)	14 (0-32)	11 (0-26)	10 (0-24)
YouTube	32,5 (4-58)	12 (0-29)	11 (1-19)	9 (0-18)
Google	37 (0-69)	15 (0-27)	9 (0-20)	12 (0-22)
WhatsApp	25,5 (14-65)	13 (5-32)	7,5 (2-17)	7,5 (3-19)
p değeri	**0,028**	0,305	**0,037**	**0,008**

Kruskal Wallis-H testi

Deprem sonrasında güncel olayları takip etmek amacıyla en sık Facebook/Meta platformunu kullanan katılımcıların kaçınma alt ölçek puanlarının medyanı 9 (0-20), Twitter/X platformunu kullananların medyanı 12 (0-27), Instagram kullanıcılarının medyanı 11 (0-26), YouTube kullanıcılarının medyanı 11 (1-19), Google kullanıcılarının medyanı 9 (0-20) ve WhatsApp kullanıcılarının medyanı 7,5 (2-17) olarak tespit edilmiştir (p=0,037). Post-hoc analizlerde, Facebook/Meta kullanıcılarının kaçınma alt ölçek puanları ile Instagram ve Twitter/X kullanıcılarından daha düşüktür (p=0,021; p=0,009).

Deprem sonrası dönemde güncel olaylardan haberdar olmak için en çok Facebook/Meta platformunu tercih eden katılımcıların aşırı uyarılma alt ölçek puanlarının medyanı 7 (0-18), Twitter/X kullanıcılarının 9 (0-24), Instagram kullanıcılarının 10 (0-24), YouTube kullanıcılarının 9 (0-18), Google kullanıcılarının 12 (0-22) ve WhatsApp kullanıcılarının medyanı 7,5 (3-19) olarak bulunmultur (p=0,008). Facebook/Meta kullanıcılarının aşırı uyarılma alt ölçek puan ortancaları Instagram kullanıcılarından daha düşüktür (p=0,035; Tablo 37).

Tablo 38. Katılımcıların deprem sonrası dönemde güncel olaylardan haberdar olmak için en sık kullandıkları sosyal medya platformunun FoMO ölçek ve alt ölçekleriyle karşılaştırılması

Katılımcıların deprem sonrası güncel olaylardan haberdar olmak için en sık kullandıkları sosyal medya platformu	FoMO medyan (min-maks)	Kişisel FoMO medyan (min-maks)	Sosyal FoMO medyan (min-maks)
Facebook/Meta	11 (9-34)	7 (5-23)	4 (4-14)
Twitter/X	14 (9-39)	10 (5-27)	4 (4-14)
Instagram	17 (9-39)	10 (5-26)	5 (4-14)
YouTube	10,5 (9-29)	6 (5-22)	4 (4-12)
Google	9 (9-37)	5 (5-27)	4 (4-12)
WhatsApp	9 (9-18)	5 (5-10)	4 (4-8)
p değeri	**0,004**	**<0,001**	**0,023**

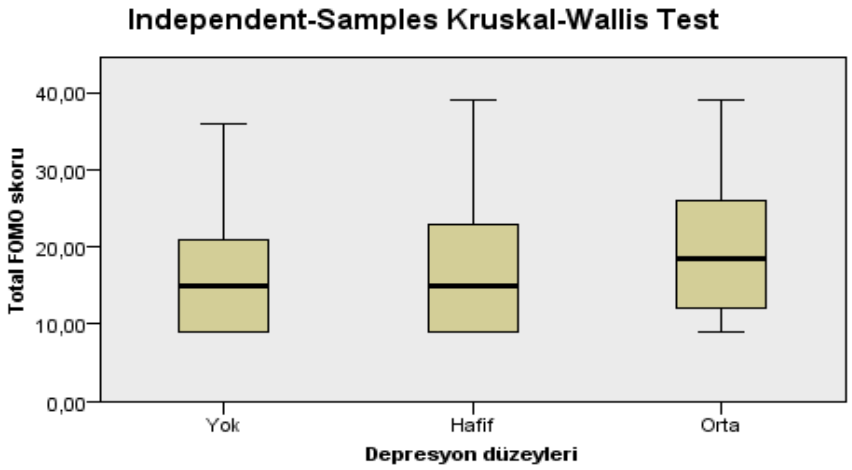
Kruskal Wallis-H testi

Deprem sonrası dönemde güncel olayları takip etmek için en çok Facebook/Meta platformunu kullanan katılımcıların FoMO ölçek puanlarının medyanı 11 (9-34) olarak belirlenmiştir. Twitter/X kullanıcılarının medyan puanı 14 (9-39), Instagram kullanıcılarının ise 17 (9-39) olarak tespit edilmiştir. YouTube platformunu kullananların medyan puanı 10,5 (9-29), Google kullanıcılarının 9 (9-37), ve WhatsApp kullanıcılarının ise 9 (9-18) olarak saptanmıştır (p=0,004).

Ayrıca, kişisel FoMO alt ölçek puanlarına göre, Facebook/Meta kullanıcılarının medyan puanı 7 (5-23) olarak belirlenirken, Twitter/X kullanıcılarının 10 (5-27), Instagram kullanıcılarının 10 (5-26), YouTube kullanıcılarının 6 (5-22), Google kullanıcılarının 5 (5-27) ve WhatsApp kullanıcılarının medyan puanı 5 (5-10) olarak bulunmuştur (p<0,001). Özellikle, YouTube kullanıcılarının kişisel FoMO ölçek puanları Twitter/X kullanıcılarına göre daha düşük saptandı (p=0,035).

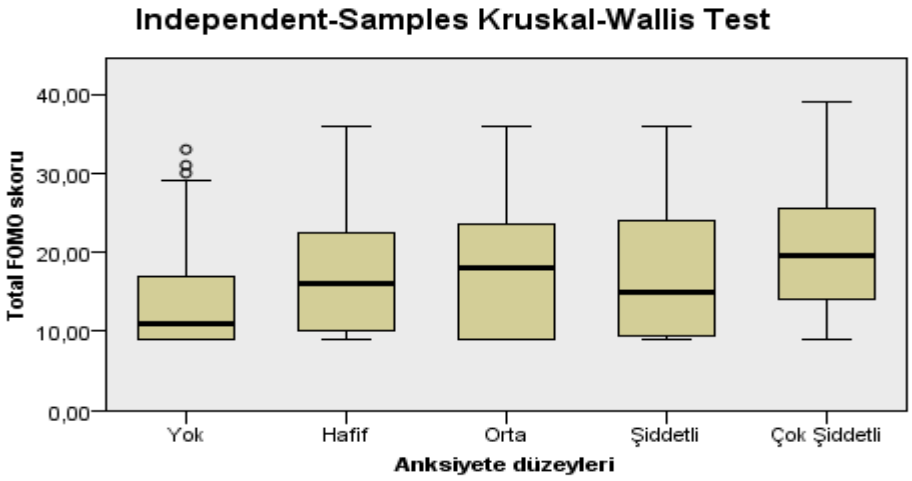
Sosyal FoMO alt ölçek puanlarına bakıldığında ise Facebook/Meta kullanıcılarının medyan puanı 4 (4-14), Twitter/X kullanıcılarının 4 (4-14), Instagram kullanıcılarının

5 (4-14), YouTube kullanıcılarının 4 (4-12), Google kullanıcılarının 4 (4-12) ve WhatsApp kullanıcılarının medyan puanı 4 (4-8) olarak saptandı (p=0,023),



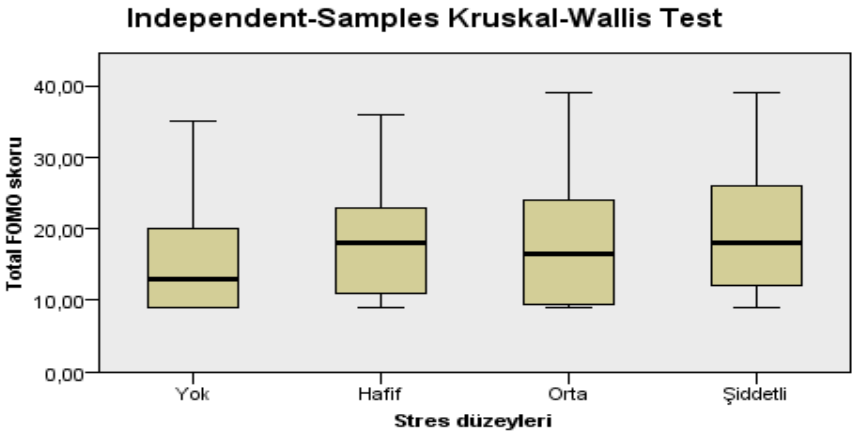
Şekil 7. Depresyon düzeyleri ile FoMO ölçek skorunun incelenmesi

Depresif semptomları olmayan bireylerin FOMO ölçek puanı, orta düzeyde depresyon yaşayanlardan daha düşüktür (p=0,002; Şekil 7).



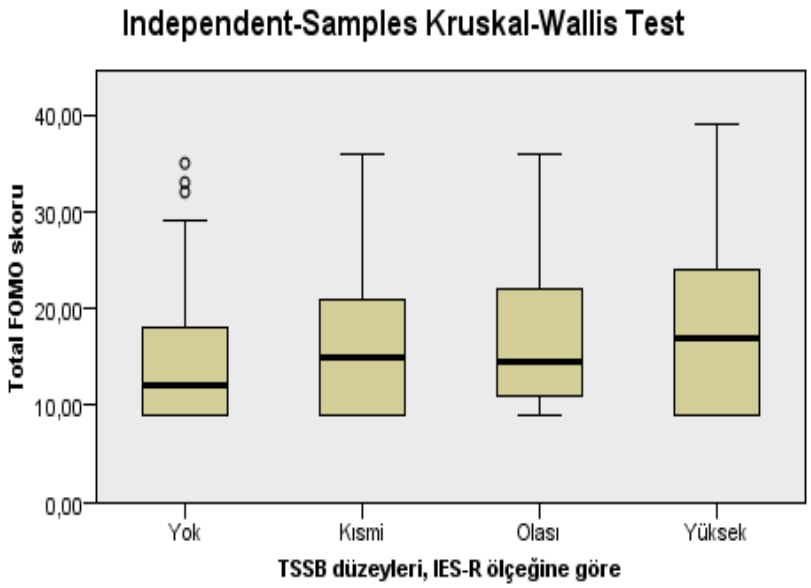
Şekil 8. Anksiyete düzeyleri ile FoMO ölçek skorunun incelenmesi

Anksiyete belirtisi olmayan bireylerin FoMO ölçek puanları, herhangi bir seviyede anksiyete yaşayanlara göre daha düşük bulundu (p<0,001; Şekil 8).



Şekil 9. Stres düzeyleri ile FoMO ölçek skorunun incelenmesi

Stres yaşamayan bireylerin FoMO ölçek puanı orta düzeyde ve yüksek düzeyde stresi olan bireylere daha göre daha düşük bulunmuştur (p=0,035, p=0,002; Şekil 9).



Şekil 10. TSSB düzeyleri ile FoMO ölçek skorunun incelenmesi

TSSB'si olmayan hastaların FoMO ölçek puanları, herhangi bir seviyede TSSB olan bireylere göre daha düşük bulundu (p<0,001; Şekil 10).

Tablo 39. Deprem Sonrası Psikososyal Destek Alımı ile Deprem Sonrası Dönemde Sosyal Medyada Gün İçinde Geçirilen Sürenin İncelenmesi

Psikososyal destek alımı	0-1 saat	1-3 saat	3-6 saat	6 saatten fazla	p değeri
Evet	20 (%17,5)	33 (%28,9)	47 (%41,2)	14 (%12,3)	p=0,204
Hayır	97 (%17,3)	219 (%39,0)	193 (%34 ,3)	53 (%9,4)	

Pearson ki-kare testi

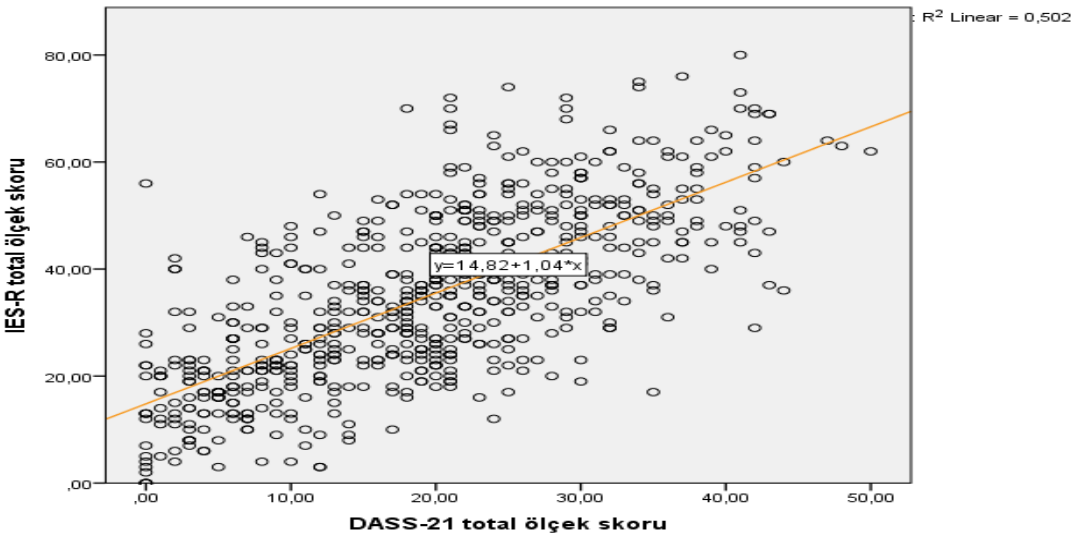
Deprem sonrası dönemde psikososyal destek alanların sayısı 114 kişidir. Bunlardan 20 kişi (% 17,5) deprem sonrası dönemde sosyal medyayı gün içinde 0-1 saat, 33 kişi (% 28,9) 1-3 saat 47 kişi (% 41,2) 3-6 saat, 14 kişi (% 12,3) 6 saatten fazla kullanmaktadır. Deprem sonrası dönemde psikososyal destek almayanların sayısı 562 kişidir. Bunlardan 97 kişi (% 17,3) deprem sonrası dönemde sosyal medyayı gün içinde 0-1 saat, 219 kişi (% 39,0) 1-3 saat 193 kişi (% 34,3) 3-6 saat, 53 kişi (% 9,4) 6 saatten fazla kullanmaktadır (p=0,204; Tablo 39).

Tablo 40. Deprem Sonrası Psikiyatrik İlaç Kullanımı ile Deprem Sonrası Dönemde Sosyal Medyada Gün İçinde Geçirilen Sürenin İncelenmesi

Psikiyatrik ilaç kullanımı	0-1 saat	1-3 saat	3-6 saat	6 saatten fazla	p değeri
Evet	15 (%20,3)	22 (%29,7)	31 (%41,9)	6 (%8,1)	p=0,404
Hayır	102 (%16,9)	230 (%38,2)	209 (%34 ,7)	61 (%10,1)	

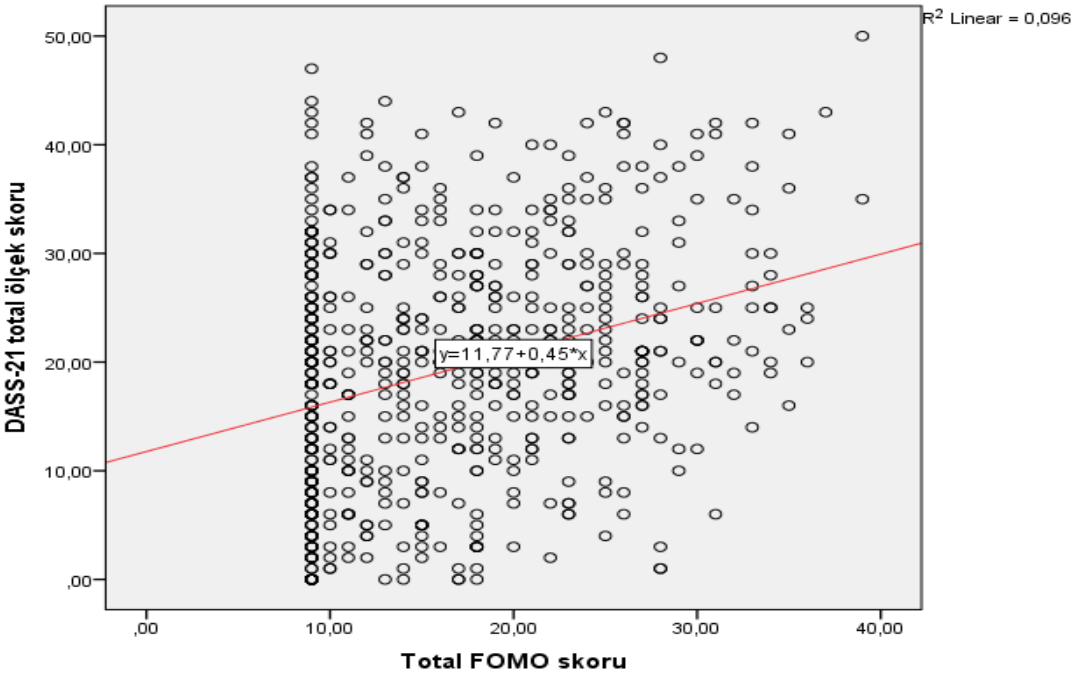
Pearson ki-kare testi

Deprem sonrası dönemde psikiyatrik ilaç kullananların sayısı 74'tür. Bunlardan 15 kişi (% 20,3) deprem sonrası dönemde sosyal medyayı gün içinde 0-1 saat, 22 kişi (% 29,7) 1-3 saat 31 kişi (% 41,9) 3-6 saat, 6 kişi (% 8,1) 6 saatten fazla kullanmaktadır. Deprem sonrası dönemde psikososyal destek almayanların sayısı 602 kişidir. Bunlardan 102 kişi (% 16,9) deprem sonrası dönemde sosyal medyayı gün içinde 0-1 saat, 230 kişi (% 38,2) 1-3 saat 209 kişi (% 34,7) 3-6 saat, 61 kişi (% 10,1) 6 saatten fazla kullanmaktadır (p=0,404; Tablo 40).



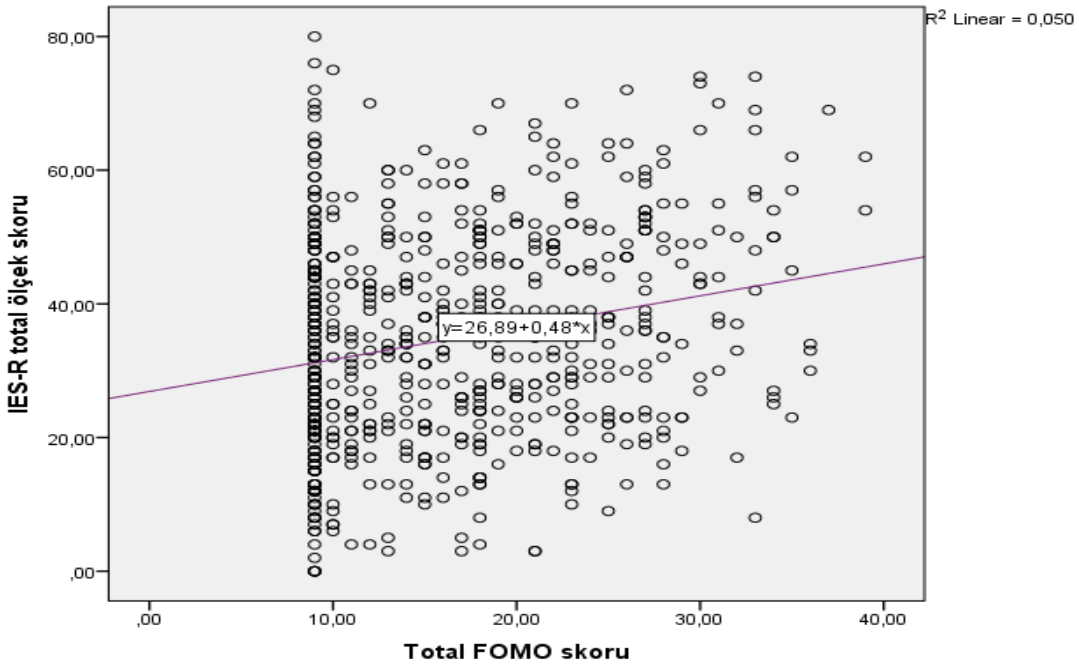
Şekil 11. IES-R total ölçek skoru ile DASS-21 total ölçek skoru arasındaki ilişki

Katılımcıların IES-R toplam skorları ile DASS-21 toplam skorları arasında güçlü bir pozitif korelasyon tespit edilmiştir (r=0,711; p<0,001; Şekil 11)



Şekil 12. DASS-21 total ölçek skoru ile FoMO total ölçek skoru arasındaki ilişki

DASS-21 toplam skoru ile FoMO toplam skoru arasında katılımcılar arasında zayıf düzeyde pozitif bir ilişki tespit edilmiştir (r=0,298; p<0,001; Şekil 12).



Şekil 13. IES-R total ölçek skoru ile DASS-21 total ölçek skoru arasındaki ilişki

Katılımcıların IES-R toplam skoru ile FoMO toplam skoru arasında pozitif yönde çok zayıf bir doğrusal ilişki saptanmıştır (r=0,200; p<0,001; Şekil 13).

5. TARTIŞMA

2023 Kahramanmaraş merkezli depremlerden sonra afetzedelerin yaşadığı psikolojik sorunlar, önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir.

Depremin anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu gibi psikososyal etkilerinin sosyal medya kullanımına etkisinin incelendiği bu çalışma, Hatay ilinde bu konuda yapılmış ilk çalışma olması bakımından önemlidir.

Bu çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 29 olarak bulundu. Xia Xie ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 74 bulunmuştur (117). Wagenaar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaş medyan değeri 39 bulunmuştur (118). Ayako Ide-Okochi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise 62 bulunmuştur (119). Görüldüğü gibi yaş ortalamalarında çalışmalar arasında farklılık mevcuttur. Bu durum, çalışmanın yapıldığı yere veya coğrafyaya bağlı olabilir. Bu çalışmada aile hekimliği polikliniğine gelen hastalarda sosyal medyayı aktif olarak kullananlar genç ağırlıklıdır ve eğitim düzeyi olarak üniversite ve ön lisans düzeyindedir. Bu durum da çalışmanın sonuçlarını etkilemiştir.

Bu çalışmada kadın katılımcıların sayısı, erkek katılımcılardan daha yüksektir. Yingjun Xi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada erkek katılımcı, kadın katılımcı sayısının hemen hemen yarısı kadardır (120). Mario J. Valladares-Garrido ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadın sayısı ve erkek sayısı birbirine yakındır (121). Öztekin ve ark. yaptığı çalışmada kadın katılımcı sayısı, erkek katılımcı sayısı sayısından daha yüksektir (122). Kerkez ve ark. yaptığı çalışmada kadın katılımcı sayısı, erkek katılımcı sayısından daha fazladır (123). Polikliniğe başvuran hasta profili kadın ağırlıklı olduğundan dolayı bu çalışmanın sonucunu etki etmiştir.

Bu çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğunun medeni hali bekardır. Schwind ve ark. yaptığı çalışmada evli katılımcılar daha fazladır(124). Altamore ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada evli olanların oranı, evli olmayanlara göre daha çok

bulunmuştur(125). Bu çalışmada mevcut bulguların literatürden farklı olması HMKÜ Aile Hekimliği polikliniğine başvuran katılımcıların nedeni daha çok genç katılımcıların başvurması olabilir. Bu çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğunun eğitim düzeyi ön lisans ve lisans düzeyindedir. Pandey ve ark. 2015 Nepal depreminden sağ kurtulanlar üstünde yaptığı çalışmada katılımcılar içinde okuryazar olmayanların oranı daha yüksekti (4). Guo ve ark. yaptığı çalışmada eğitim durumu incelendiğinde katılımcıların büyük çoğunluğu ortaokul düzeyindeydi (35). Bu çalışmada literatüre göre daha çok üniversite düzeyinde katılımcı vardır. Bu çalışma, üniversite kampüsü içinde bulunan üniversite hastanesinde yapıldığı için bu fark görülmüş olabilir. Bu çalışma aktif sosyal medya kullanıcılarını çalışmaya dahil ettiğinden dolayı çalışma popülasyonu daha çok yüksek eğitim seviyesi içeren bireylerden oluşmuştur.

Bu çalışmada katılımcılar arasında çalışmayan ve Türkiye'deki istatistik kurumlarına göre asgari ücretin altında gelire sahip olanlar çoğunluktaydı. Tang ve ark. yaptığı çalışmada düşük gelire sahip olanlar ağırlıktaydı (8). 2013 yılında meydana gelen Lushan depreminden etkilenen Longmenshan bölgesindeki ergenler üzerine yapılan bir çalışmada, gelir düzeyleri incelendiğinde düşük gelire sahip olanlar diğerlerine göre daha fazlaydı (126). Gerstner ve ark. yaptığı çalışmada düşük gelirli olan katılımcıların oranı daha çoktu (127). Literatürde düşük gelirlilerin sayısı daha fazla olduğu görüldü. Bu çalışmada bulgular literatür ile benzerdir.

Bu çalışmadada katılımcılar arasında sigara içmeyenlerin oranı içenlere göre daha yüksektir. Sharma ve ark. yaptığı çalışmada sigara içmeyenlerin oranı daha yüksektir (128). Gao ve ark. yaptığı çalışmada sigara içmeyenlerin sayısı içenlere göre daha düşüktür (129). Duncan ve ark. yaptığı çalışmada sigara içenlerin oranı içmeyenlere göre daha düşüktür (130) Literatüre bakıldığında sigara içen katılımcıların tüm katılımcılara oranı çalışmamızda diğer çalışmalara göre daha düşük çıkmıştır ve bu çalışma ile benzerdir.

Bu çalışmada alkollü içki tüketen katılımcıların oranı düşük saptandı. Ahmadi ve ark. yaptığı çalışmada alkol tüketen ve tüketmeyenlerin oranı birbirine yakındır (131). Kanehara ve ark. yaptığı çalışmada alkol tüketmeyenlerin oranı daha fazladır (132). Literatüre bakıldığında bu çalışmada alkol tüketme oranı daha az bulunmuştur.

Bunun sebebi toplumun kültür, gelenek ve dini eğilimlere bağlı olarak değişkenlik gösterebilir.

Bu çalışmada kronik hastalığa sahip olmayan katılımcıların oranı belirgin bir şekilde yüksektir. Löw ve ark. yaptığı çalışmada kronik hastalığa sahip olmayanların oranı yine belirgin şekilde daha fazladır (133). Wen ve ark. Wenchuan depreminden 3 yıl sonra hayatta kalanlar arasında yaşam kalitesi, fiziksel hastalıklar ve psikolojik bozukluklar üzerine yaptığı çalışmada kronik hastalığı olmayanlar daha çoktur (134). Jia ve ark. yaptığı çalışmada en az bir kronik hastalığı olanların oranı olmayanlara kıyasla daha azdır(135). Bu çalışmada polikliniğe başvuran katılımcılar daha çok genç yaşta olduklarından dolayı kronik hastalığa sahip olanlar daha az oranda olabilir. Bulgular literatür ile benzerdir.

Beaglehole ve ark. yaptığı çalışmada 120 (% 15,4) kişi deprem sonrası dönemde psikiyatrik ilaç kullanmaktadır (136). 2023 Türkiye depreminden sağ kurtulanlar arasında travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı ve ilişkili risk faktörler ile ilgili yapılan bir çalışmada 250 (% 25) kişinin psikiyatrik ilaç aldığı saptanmıştır (137). Raviola ve ark. yaptığı çalışmada 190 (% 38) kişi psikiyatrik ilaç kullanmaktadır (138). İran'da 2003 yılında meydana gelen Bem depreminin uzun vadede madde kullanımına ilişkin etkisini inceleyen bir çalışmada 230 (% 28,1) kişinin psikiyatrik ilaç aldığı bulunmuştur (139). Bu çalışmada literatüre göre psikiyatrik ilaç kullanımı daha düşük bulunmuştur. Bunun nedeni depremin uzun vadeli etkisinin henüz incelenmemesinden ve toplumda psikiyatri polikliniklerine başvurma bilincinin yeterli düzeyde olmamasından kaynaklı olabilir. Ayrıca bunun başka bir nedeni de psikososyal etkiler nedeniyle birinci basamak sağlık merkezlerine başvuran hastalara yeteri kadar vakit ayrılmaması olabilir. Aile hekimlerinden psikiyatri polikliniklerine sevk endikasyonlarının yeteri kadar önemsenmemesi bu durumun başka bir nedeni olabilir.

Seto ve ark. yaptığı çalışmada 107 kişi (% 32) psikososyal destek almıştır (140). Chase ve ark. çalışmasında 1500 kişi (% 30) psikososyal destek almıştır (141). Powell ve ark. yaptığı çalışmada 750 kişi (% 20) psikososyal destek almıştır (142). Bu çalışmada psikososyal destek oranı literatüre göre daha düşük bulunmuştur. Bunu sebebi psikologlara, klinik psikologlara ya da diğer rehabilitasyon uzmanlarına

erişimin yeterli düzeyde olmaması olabilir. Uzun vadeli tedavi planları yapılması için süreye ihtiyaç olabilir.

Buyurgan ve ark. yaptığı çalışmada ezilme yaralanmaları olan hastaların oranı %15, enkaz altında kalanların oranı %10 olarak rapor edilmiştir (143). Wang ve ark. yaptığı çalışmada enkaz altında kalanların oranı % 8 olarak saptanmıştır (144). Tomak ve ark. yaptığı çalışmada katılımcıların %14,3'ü enkaz altında kaldığını belirtmiştir (145). Bu çalışmada enkaz altında kalan katılımcıların oranı çok düşük bulunmuştur. Katılımcıların ikamet ettikleri bölge ve binaların varyasyonları sonuçların farklı çıkmasına sebep olmuş olabilir.

Tomak ve ark. yaptığı çalışmada yakınların kaybı açısından, birinci derece yakınlarını (anne, baba, eş, çocuk) kaybedenlerin sayısı 397 olup, bu oran %17,1'dir. İkinci derece yakınlarını (kardeş, amca, hala, kuzen, vb.) kaybedenlerin sayısı ise 1182'dir ve bu oran %51,0'dir. Hiç yakınını kaybetmeyenlerin sayısı 738 olup, bu oran %31,9'dur. Ev hasarının ciddiyeti açısından, evinde hiç hasar olmayanların sayısı 36 olup, bu oran %1,6'dır. Azdan orta dereceye kadar hasar gören ev sayısı 434 olup, bu oran %18,8'dir. Yıkılacak kadar ciddi şekilde hasar gören evlerin sayısı 1249 olup, bu oran %53,9'dur. Tamamen yıkılmış evlerin sayısı 598 olup, bu oran % 25,8'dir (145). Kerkez ve ark. yaptığı çalışmada deprem nedeniyle aile üyesi kaybedenler 32 (%5.2) kişidir. Depremde aile üyesi kaybetmeyenler 584 (%94.8) kişidir. Depremde konut durumu açısından, 360 (%58) ev hasarsız, 179 (%29.1) ev hafif hasarlı, 46 (%7.5) ev orta hasarlı, 18 (%2.9) ev ağır hasarlı, 13 (%2.1) evin yıkılmış olduğu saptandı (123). Bu çalışmada depremde birinci derecede akraba kaybı yaşayanların oranı düşüktür ve literatür ile benzerdir. Katılımcıların ikamet ettikleri evin ağır hasarlı olma durumu literatüre göre düşüktür. Yakın akraba ya da arkadaş kayıp oranı ise literatür ile benzer sonuçlanmıştır. Depremlerin gerçekleştiği bölgelerin farklı olması ikamet edilen yerlerin durumu bu farklılıkların oluşmasına sebep olabilmektedir. Bunların dışında toplum ve bireylerdeki afet bilincinin gelişmiş olması, can ve mal kaybını en aza indirebilmektedir.

Yapılan bir çalışmada ilk birkaç hafta boyunca, sosyal medya kullanımı zirve yaptığı, bu dönemde, kullanıcıların yoğun şekilde bilgi paylaşımı yaptıkları, yardım taleplerinde bulundukları ve duygusal destek arayışına girdikleri saptanmıştır.

Depremden sonraki ilk yıl boyunca, sosyal medya kullanımında belirli bir etkinlik seviyesi korunduğu, bu dönemde afetle ilgili konular, toplumsal dayanışma ve iyileşme süreçlerinin devam ettiği belirtilmiştir (146). Bu çalışmada deprem sonrası dönemde deprem öncesi döneme nazaran sosyal medyada daha çok vakit geçirildiği bulunmuştur. Katılımcılara sözel olarak sorulan sorularda deprem sonrası dönemde sosyal medya kullanım amaçlarının daha çok her türlü gündemi takip etmek ve haberleşmek olduğu saptanmıştır.

Duraku ve ark. çalışmasında IES-R ölçek puan ortancası 35, yeniden yaşama alt ölçek puan ortancası 10, kaçınma alt ölçek puan ortancası 8, aşırı uyarılma alt ölçek puan ortancası 7'dir (147). Zhang ve ark. çalışmasında IES-R ölçek puan ortancası 40, yeniden yaşama alt ölçek ortancası 12, kaçınma alt ölçek ortancası 10, aşırı uyarılma alt ölçek ortancası 8'dir (148). Van der does ve ark. yaptığı çalışmada IES-R ölçek puan ortancası 39, yeniden yaşama alt ölçek puan ortancası 12, kaçınma alt ölçek puan ortancası 10, aşırı uyarılma alt ölçek puan ortancası 9'dur (149). Bu çalışmada IES-R ölçek ortanca puanı literatür ile benzerdir.

Maraş depreminden etkilenen bireylerde yapılan çalışmada, çevrimiçi bilişsel davranışçı grup terapisi sonrası elde edilen medyan puanlar şu şekildedir: DASS-21 toplam puanı 38, depresyon alt ölçeği puanı 12, anksiyete alt ölçeği puanı 11 ve stres alt ölçeği puanı 15 olarak bulunmuştur (150). Kahramanmaraş depreminden sonra medya maruziyetinin travmatik stres üzerindeki etkisini inceleyen çalışmada, katılımcıların DASS-21 toplam puanı medyanı 35, depresyon alt ölçeği puanı medyanı 11, anksiyete alt ölçeği puanı medyanı 10 ve stres alt ölçeği puanı medyanı 14 olarak bulunmuştur (151). Vietnam'ın kuzeyinde kırsal bölgelerde yaşayan kadınlar arasında yapılan çalışmada, doğal afetlerden etkilenen katılımcıların DASS-21 toplam puanı medyanı 30, depresyon alt ölçeği puanı medyanı 9, anksiyete alt ölçeği puanı medyanı 8 ve stres alt ölçeği puanı medyanı 13 olarak bulunmuştur (152). Bu çalışmada DASS-21 ölçek ortanca puanı literatüre göre daha düşük bulunjuştur. Alınan puanların farklı oluşu afete maruziyetin kalma süresi, afetin süresi, bireylerin yaşadıkları deneyimlerin farklılığı olmasına bağlı olarak değişebilmektedir.

Gong ve ark. yaptığı kesitler bir çalışmada genel FoMO ölçeği için medyan değer 3,2 olarak bulunmuştur. Alt ölçekler için, "Kişisel FoMO" alt ölçeği için medyan

değer 3,1 ve "Sosyal FoMO" alt ölçeği için medyan değer 3,4 olarak rapor edilmiştir. Literatürde deprem sonrası dönem ile FoMO ölçeği arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada puanlar daha yüksek bulunmuştur. Toplumun sosyal medya kullanım oranları sonucu etkileyebilir. Daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Yapılan bir çalışmada DASS-21 ölçek skoru arttıkça sosyal medyada geçirilen sürenin daha çok olduğu bulunmuştur (153). Huang ve ark. yaptığı çalışmada sosyal medyada daha çok süre geçiren katılımcıların daha yüksek DASS-21 ölçek puanının olduğu görüldü (154). Mandic ve ark. yaptığı çalışmada yine DASS-21 ölçek puanı yüksek olanlarda daha yüksek sosyal medya kullanım süreleri mevcuttur (155). Bu çalışmadaki sonuçlar da literatür ile benzerdir. Bunu sebebi vakit geçirme, sosyal medyada kişinin kendisini olumlaması ya da farklı arayışlara yönelme olabilir.

Lee ve ark. yaptığı çalışmada artan sosyal medya kullanımı ile daha yüksek IES-R skorları arasında bir korelasyon bulundu. Bu, aşırı sosyal medya maruziyetinin PTSD semptomlarını şiddetlendirdiğini göstermiştir (156). Zhang ve ark. yaptığı çalışmada sosyal medya maruziyeti ve psikolojik sıkıntı arasında anlamlı pozitif bir korelasyon bulundu (157). Dixit ve ark. yaptığı çalışmada daha fazla sosyal medya kullanan öğrencilerde daha yüksek IES-R skorları görülmüştür (158). Bu çalışmadaki bulgular literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda depresyon düzeyleri ile total FoMO ölçek puanları arasında anlamlı fark vardır. Depresyon düzeyleri arttıkça FoMO puanları artmaktadır. Gao ve ark. yaptığı çalışmada, mobil sosyal medya ile ilişkili FoMO'nun, depresif semptomlarla pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (159). Sommantico ve ark. yaptığı çalışmada depresyonun FoMO ve sosyal medya bağımlılığı ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur (160). Yine başka bir çalışmada FoMO'nun depresyon, anksiyete ve stres gibi zihinsel sağlık sorunlarıyla pozitif yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir (161).

Çalışmamızda anksiyöz olmayan bireyler ile diğer anksiyete düzeylerinde sahip bireyler arasında FoMO ölçek puanı açısından anlamlı fark vardır. Liu ve ark.

yaptığı çalışmada anksiyete ve FoMO arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur (162). Topino ve ark. yaptığı çalışma sosyal medya bağımlılığı ve FoMO arasındaki ilişkiyi incelemiş ve FoMO'nun yüksek anksiyete düzeyleriyle pozitif ilişkili olduğunu bulmuştur (163). Jiao ve ark. yaptığı çalışmada yüksek sosyal anksiyete düzeylerine sahip öğrencilerin FoMO yaşama olasılığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (164). Bu çalışmada literatür ile benzer sonuçlar bulunmuştur.

Bu çalışmada TSSB'si olmayan hastalar ile yüksek düzeyde TSSB'si olan hastalar arasında FoMO ölçeği açısından anlamlı fark vardır. Sharif Nia ve ark. yaptığı çalışmada travma sonrası stres belirtileri ile FoMO arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (165). He ve ark. yaptığı çalışmada olayın etkisinin (örneğin, kaçınma, müdahale ve aşırı uyarılma) FoMO ile pozitif yönde ilişkili olduğunu bulunmuştur (166). Gong ve ark. yaptığı çalışmada PTSD semptomlarının FoMO ile pozitif bir şekilde ilişkili olduğunu ve bu kişilerin sosyal medya üzerindeki yanlış bilgilere daha fazla inandığını göstermektedir (22).

Bu çalışmada psikososyal destek alan katılımcıların FoMO ölçek puanı, destek almayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Bunun nedeni psikososyal desteğin hala devam etmesi veya hastanın takibinin iyi yapılamaması olabilir. Dou ve ark. yaptığı çalışmada sosyal desteğin FoMO seviyelerini azalttığını gösterilmiştir (167). Dong ve ark. yaptığı çalışmada çevrimiçi sosyal desteğin, FoMO ve depresyon üzerindeki etkilerini azaltmada önemli bir rol oynadığı bulunmuştur (168). Dadiotis ve ark. yaptığı çalışmada sosyal desteğin FoMO üzerindeki olumsuz etkileri hafiflettiği ve bireylerin psikolojik iyi oluşunu artırdığı bulunmuştur (169).

Katılımcıların IES-R toplam skoru ile FoMO toplam skoru arasında pozitif, ancak son derece zayıf bir doğrusal ilişki belirlenmiştir. He ve ekibinin araştırmasında, IES-R ölçeğinin kaçınma, müdahale ve aşırı uyarılma alt boyutları ile FoMO arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. Araştırma, travmatik olayların etkisinin FoMO seviyelerini artırdığını göstermiştir (166). Bulgular literatür ile uyumludur.

Bu çalışmada, DASS-21 toplam skoru ile FoMO toplam skoru arasında zayıf, fakat pozitif bir doğrusal ilişki olduğu görülmüştür. Dadiotis ve ark. yaptığı çalışmada FoMO'nun DASS-21 ölçeği ile ölçülen depresyon, anksiyete ve stres seviyeleri ile pozitif korelasyon gösterdiği vurgulanmıştır (169). Başka bir çalışmada FoMO ile hem

anksiyete hem de depresyon arasında anlamlı bir pozitif korelasyon olduğunu gösterilmiştir (161). Liu ve ark. yaptığı çalışmada FoMO ile ruh sağlığı, depresyon, anksiyete ve stres arasında pozitif ilişkiler bulunmuştur (162). Bu çalışmada bulgular literatür ile uyumudur.

Çalışmanın Güçlü Yönleri

Çalışmanın güçlü yönleri arasında en dikkat çekici olanı, geniş bir örneklem büyüklüğüne sahip olmasıdır. Bu durum, elde edilen verilerin genellenebilirliğini artırmış ve farklı demografik gruplar arasında yapılan analizlerin güvenilirliğini güçlendirmiştir. Ayrıca, çalışmada kullanılan ölçeklerin geçerliliği ve güvenilirliği literatürde iyi bir şekilde belgelenmiştir. Bu da elde edilen bulguların doğruluğunu ve güvenilirliğini desteklemektedir. Sosyodemografik bilgilerden sosyal medya kullanım alışkanlıklarına kadar geniş bir veri yelpazesi toplanmış olması, çalışmanın kapsamlılığını artırmıştır. Bunun yanında, deprem gibi spesifik bir travma sonrası duruma odaklanılması, çalışmanın özgünlüğünü ve bilimsel katkısını pekiştirmiştir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Kesitsel bir araştırma tasarımına sahip olması, nedensel ilişkilerin kurulmasını zorlaştırmaktadır. Bu nedenle, sosyal medya kullanımı ve psikososyal etkiler arasındaki ilişkiyi daha iyi anlayabilmek için longitudinal çalışmaların yapılması gerekmektedir. Anketler çevrimiçi anket programı ile yapılmıştır. Ayrıca, katılımcıların yanıtlarının sosyal istenilirlik yanlılığına maruz kalabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Katılımcılar, anket sorularına toplum tarafından kabul edilebilir yanıtlar vermiş olabilir, bu da bazı verilerin doğruluğunu etkileyebilir. Anket yöntemiyle veri toplanmış olması, sosyal medya kullanımının gerçek düzeyini tam olarak yansıtamayabilir. Yetersiz psikososyal destek alımı ve ilaç kullanımı sonuçları etkilemiş olabilir. Örneklem seçimi, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran bireylerle sınırlı olduğundan, bulguların genel popülasyona genellenebilirliği sınırlı kalmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, depremzede katılımcılarda depreme bağlı olarak gelişen psikososyal etkileri ve sosyal medya kullanımına etkisini incelemiştir. Hatay ilinde üçüncü basamak bir hastanenin aile hekimliği polikliniğinde yapılan bu çalışma ilk olup önem arz etmektedir.

Çalışmada anksiyete, depresyon, stres ve travma sonrası stres bozukluğu düzeyinin sosyal medya kullanımını etkilediği görülmüştür. Pozitif yönde doğrusal bir ilişki saptanmıştır. Bu durum, bireylerin travma sonrası sosyal destek arayışında bulunma, bilgi edinme ya da dikkat dağıtma amaçlarıyla sosyal medyaya yönelme eğiliminde olduklarını düşündürmektedir.

FoMo'nun sosyal medya kullanımında zayıf da olsa bir etkisinin olması, bireylerin sosyal bağlarını koruma ve güncel kalma ihtiyacının travma sonrası süreçte de devam ettiğini işaret etmektedir.

6 Şubat 2023 depremleri sonrası ortaya çıkan psikososyal sorunlarla başa çıkabilmek için bölgede psikolojik danışmanlık ve rehabilitasyon hizmetlerinin arttırılması gerekmektedir. Bu hizmetler, sosyal medya kullanımını kontrol altında tutmada etkili olabilir.

Depremzedelerin sosyal medya kullanımını daha bilinçli ve sağlıklı bir şekilde yönetebilmesi için dijital okuryazarlık programları düzenlenmelidir. Bu sayede olumsuz etkiler minimize edilebilir.

FoMO'nun sosyal medya kullanımındaki rolü göz önünde bulundurularak, bireylerde bu konuda farkındalık yaratacak eğitimler verilmelidir. Bu eğitimle özellikle genç nüfusta sosyal medya bağımlılığının önüne geçmede faydalı olabilir.

Bu çalışmanın bulguları, sosyal medya kullanımının psikososyal etkilerle nasıl şekillendiğini anlamada önemli bir adım olmuştur. Ancak daha geniş çaplı ve farklı

demografik grupları kapsayan araştırmaların yapılması, bu alandaki bilgi birikimini arttıracaktır. Ayrıca uzun vadeli etkileri inceleyen longitudinal çalışmalar, 6 Şubat 2023 depremlerine bağlı psikososyal etkilerin sosyal medya kullanımına etkilerini daha kapsamlı bir şekilde anlamamıza yardımcı olur.

7. KAYNAKLAR

1. Çelik M, Ayaz A, Kurtoğlu MB, Baltacı F, Özmen CG, Çayır B, et al. Exploring Human Behaviour During and after Earthquakes in Turkey. Available at SSRN 4731857.

2. Dal Zilio L, Ampuero J-P. Earthquake doublet in Turkey and Syria. Communications Earth & Environment. 2023;4(1):71.

3. Ozturk E, Akis AD, Derin G, Erdogan B. Social trauma and disaster psychology: The impact of earthquakes on children's mental health from the perspective of dissoanalysis theory and modern psychotraumatology. NOFOR. 2023;2(3):57-70.

4. Acharya Pandey R, Chalise P, Khadka S, Chaulagain B, Maharjan B, Pandey J, et al. Post-traumatic stress disorder and its associated factors among survivors of 2015 earthquake in Nepal. BMC psychiatry. 2023;23(1):340.

5. Adhikari Baral I, KC B. Post traumatic stress disorder and coping strategies among adult survivors of earthquake, Nepal. BMC psychiatry. 2019;19:1-8.

6. Pandey S, Dubey A. A study on relationships of spirituality and personal and social identity orientation with psychological distress. The International Journal of Indian Psychology. 2022;10(2):813-22.

7. Farooqui M, Quadri SA, Suriya SS, Khan MA, Ovais M, Sohail Z, et al. Posttraumatic stress disorder: a serious post-earthquake complication. Trends in psychiatry and psychotherapy. 2017;39(2):135-43.

8. Tang B, Deng Q, Glik D, Dong J, Zhang L. A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults and children after earthquakes. International journal of environmental research and public health. 2017;14(12):1537.

9. Tandon A, Dhir A, Almugren I, AlNemer GN, Mäntymäki M. Fear of missing out (FoMO) among social media users: a systematic literature review, synthesis and framework for future research. Internet Research. 2021;31(3):782-821.

10. Xu J, Song X. Posttraumatic stress disorder among survivors of the Wenchuan earthquake 1 year after: prevalence and risk factors. Comprehensive psychiatry. 2011;52(4):431-7.

11. Armenian HK, Morikawa M, Melkonian AK, Hovanesian AP, Haroutunian N, Saigh PA, et al. Loss as a determinant of PTSD in a cohort of adult survivors of the

1988 earthquake in Armenia: implications for policy. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2000;102(1):58-64.

12. Salcioglu E, Basoglu M, Livanou M. Long-term psychological outcome for non-treatment-seeking earthquake survivors in Turkey. The Journal of nervous and mental disease. 2003;191(3):154-60.

13. Feder A, Ahmad S, Lee EJ, Morgan JE, Singh R, Smith BW, et al. Coping and PTSD symptoms in Pakistani earthquake survivors: Purpose in life, religious coping and social support. Journal of affective disorders. 2013;147(1-3):156-63.

14. Lowe SR, Bonumwezi JL, Valdespino-Hayden Z, Galea S. Posttraumatic stress and depression in the aftermath of environmental disasters: a review of quantitative studies published in 2018. Current environmental health reports. 2019;6:344-60.

15. Shultz JM, Besser A, Kelly F, Allen A, Schmitz S, Hausmann V, et al. Psychological consequences of indirect exposure to disaster due to the Haiti earthquake. Prehospital and disaster medicine. 2012;27(4):359-68.

16. Bulut A. Doğal Afetler ve Ruh Sağlığı İlişkisi. Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi. 2023;5(3):265-73.

17. Pfefferbaum B, Newman E, Nelson SD, Nitiéma P, Pfefferbaum RL, Rahman A. Disaster media coverage and psychological outcomes: descriptive findings in the extant research. Current psychiatry reports. 2014;16:1-7.

18. Köroğlu A. Doğal Afetler Sonrası Yaşanan Travmalar ve Örnek Bir Psikoeğitim Programı. Afet ve Risk Dergisi.1(1):39-52.

19. Park J-M, Bae S-M. Impact of depressive, anxiety, and PTSD symptoms in disaster victims on quality of life: The moderating effect of perceived community resilience. International Journal of Disaster Risk Reduction. 2022;69:102749.

20. Zhou A, Qian W, Ma H, editors. Social media data analysis for revealing collective behaviors. Proceedings of the 18th ACM SIGKDD international conference on knowledge discovery and data mining; 2012.

21. Dashti S, Palen L, Heris MP, Anderson KM, Anderson TJ, Anderson S, editors. Supporting disaster reconnaissance with social media data: A design-oriented case study of the 2013 Colorado floods. ISCRAM; 2014.

22. Gong C, Ren Y. PTSD, FOMO and fake news beliefs: a cross-sectional study of Wenchuan earthquake survivors. BMC public health. 2023;23(1):2213.

23. Baker ZG, Krieger H, LeRoy AS. Fear of missing out: Relationships with depression, mindfulness, and physical symptoms. Translational issues in psychological science. 2016;2(3):275.

24. Şahin E, Turk F, Hamamcı Z. Covid-19 pandemi sürecinde depresyon, anksiyete ve stres ile başa çıkma tutumlarının sosyal medya bağımlılığıyla ilişkisi. Erciyes İletişim Dergisi. 2022;9(1):165-86.

25. Reduction UOfDR. The Human Cost of Disasters: An Overview of the Last 20 Years (2000–2019). UN Office for Disaster Risk Reduction Geneva, Switzerland; 2020.

26. Başkanlığı ADD. Şubat 2023 Kahramanmaraş (Pazarcık ve Elbistan) Depremleri Saha Çalışmaları Ön Değerlendirme Raporu. Erişim Adresi (0807 2023): https://deprem.afad.gov.tr/assets/pdf/Arazi_Onrapor_28022023_surum1_revize pdf.

27. Akın M, Tuncer HB, Yastı AÇ. One disaster two traumas: Being under rubble and burn injuries in the 2023 Maraş, Turkey earthquakes. Burns. 2024.

28. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behaviour research and therapy. 2000;38(4):319-45.

29. Yıldız Mİ, Başterzi AD, Yıldırım EA, Yüksel Ş, Aker AT, Semerci B, et al. Preventive and therapeutic mental health care after the earthquake-expert opinion from the Psychiatric Association of Turkey. Turkish Journal of Psychiatry. 2023;34(1):39.

30. Van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, Mandel FS, McFarlane A, Herman JL. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. The American journal of psychiatry. 1996;153(7 Suppl):83-93.

31. Öztürk Hİb, Dönmezler S. Chronotype influences on posttraumatic stress disorder induced by the twin earthquakes in Turkey: A cross-sectional study among medical students. Chronobiology international. 2024;41(1):10-6.

32. Dai W, Chen L, Lai Z, Li Y, Wang J, Liu A. The incidence of post-traumatic stress disorder among survivors after earthquakes: a systematic review and meta-analysis. BMC psychiatry. 2016;16:1-11.

33. Bisson JI, Cosgrove S, Lewis C, Roberts NP. Post-traumatic stress disorder. Bmj. 2015;351.

34. Liang Y, Cheng J, Ruzek JI, Liu Z. Posttraumatic stress disorder following the 2008 Wenchuan earthquake: A 10-year systematic review among highly exposed populations in China. Journal of affective disorders. 2019;243:327-39.

35. Guo J, He H, Qu Z, Wang X, Liu C. Post-traumatic stress disorder and depression among adult survivors 8 years after the 2008 Wenchuan earthquake in China. Journal of affective disorders. 2017;210:27-34.

36. Stein DJ, Seedat S, Iversen A, Wessely S. Post-traumatic stress disorder: medicine and politics. The Lancet. 2007;369(9556):139-44.

37. Kroll J. Posttraumatic symptoms and the complexity of responses to trauma. JAMA. 2003;290(5):667-70.

38. Sareen J, Erickson J, Medved MI, Asmundson GJ, Enns MW, Stein M, et al. Risk factors for post-injury mental health problems. Depression and anxiety. 2013;30(4):321-7.

39. Van Ameringen M, Mancini C, Patterson B, Boyle MH. Post-traumatic stress disorder in Canada. CNS neuroscience & therapeutics. 2008;14(3):171-81.

40. Vieweg WVR, Julius DA, Fernandez A, Beatty-Brooks M, Hettema JM, Pandurangi AK. Posttraumatic stress disorder: clinical features, pathophysiology, and treatment. The American journal of medicine. 2006;119(5):383-90.

41. Liebschutz J, Saitz R, Brower V, Keane TM, Lloyd-Travaglini C, Averbuch T, Samet JH. PTSD in urban primary care: high prevalence and low physician recognition. Journal of general internal medicine. 2007;22:719-26.

42. Bisson JI. Post-traumatic stress disorder. Bmj. 2007;334(7597):789-93.

43. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. Journal of consulting and clinical psychology. 2000;68(5):748.

44. Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. New England journal of medicine. 2002;346(2):108-14.

45. Kessler RC, Rose S, Koenen KC, Karam EG, Stang PE, Stein DJ, et al. How well can post-traumatic stress disorder be predicted from pre-trauma risk factors? An exploratory study in the WHO World Mental Health Surveys. World Psychiatry. 2014;13(3):265-74.

46. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Fear and anxiety: Routledge; 2013. p. 22-34.

47. Nagamine M, Giltay EJ, Shigemura J, van der Wee NJ, Yamamoto T, Takahashi Y, et al. Assessment of factors associated with long-term posttraumatic stress symptoms among 56 388 first responders after the 2011 Great East Japan Earthquake. JAMA network open. 2020;3(9):e2018339-e.

48. Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. 2008.

49. Forkus SR, Raudales AM, Rafiuddin HS, Weiss NH, Messman BA, Contractor AA. The Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist for DSM–5: A systematic review of existing psychometric evidence. Clinical Psychology: Science and Practice. 2023;30(1):110.

50. Engel CC, Jaycox LH, Freed MC, Bray RM, Brambilla D, Zatzick D, et al. Centrally assisted collaborative telecare for posttraumatic stress disorder and depression among military personnel attending primary care: a randomized clinical trial. JAMA internal medicine. 2016;176(7):948-56.

51. Watts BV, Schnurr PP, Zayed M, Young-Xu Y, Stender P, Llewellyn-Thomas H. A randomized controlled clinical trial of a patient decision aid for posttraumatic stress disorder. Psychiatric Services. 2015;66(2):149-54.

52. Foa EB, Hembree EA, Cahill SP, Rauch SA, Riggs DS, Feeny NC, Yadin E. Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: outcome at academic and community clinics. Journal of consulting and clinical psychology. 2005;73(5):953.

53. Rothbaum BO, Astin MC, Marsteller F. Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies. 2005;18(6):607-16.

54. Ehlers A, Grey N, Wild J, Stott R, Liness S, Deale A, et al. Implementation of cognitive therapy for PTSD in routine clinical care: effectiveness and moderators of outcome in a consecutive sample. Behaviour research and therapy. 2013;51(11):742-52.

55. Pande RL, Morris M, Peters A, Spettell CM, Feifer R, Gillis W. Leveraging remote behavioral health interventions to improve medical outcomes and reduce costs. Am J Manag Care. 2015;21(2):e141-e51.

56. Schrader C, Ross A. A review of PTSD and current treatment strategies. Missouri medicine. 2021;118(6):546.

57. Clack S, Ward T. The classification and explanation of depression. Behaviour Change. 2019;36(1):41-55.

58. ICD W. for Mortality and Morbidity Statistics.

59. Dobrek L, Głowacka K. Depression and its phytopharmacotherapy—a narrative review. International Journal of Molecular Sciences. 2023;24(5):4772.

60. Arias-de la Torre J, Vilagut G, Ronaldson A, Serrano-Blanco A, Martín V, Peters M, et al. Prevalence and variability of current depressive disorder in 27 European countries: a population-based study. The Lancet Public Health. 2021;6(10):e729-e38.

61. American Psychiatric Association D, American Psychiatric Association D. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: American psychiatric association Washington, DC; 2013.

62. GS M. Mann JJ. Depression Lancet. 2018;392:2299-312.

63. Davidson JR. Major depressive disorder treatment guidelines in America and Europe. The Journal of clinical psychiatry. 2010;71(suppl E1):27767.

64. Thase ME, Greenhouse JB, Frank E, Reynolds CF, Pilkonis PA, Hurley K, et al. Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. Archives of general psychiatry. 1997;54(11):1009-15.

65. Cuijpers P, Van Straten A, Andersson G, Van Oppen P. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. Journal of consulting and clinical psychology. 2008;76(6):909.

66. Cuijpers P, Karyotaki E, Weitz E, Andersson G, Hollon SD, van Straten A. The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: a meta-analysis. Journal of affective disorders. 2014;159:118-26.

67. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. PLoS medicine. 2008;5(2):e45.

68. Park LT, Zarate Jr CA. Depression in the primary care setting. New England Journal of Medicine. 2019;380(6):559-68.

69. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, Fawcett J. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. Jama. 2010;303(1):47-53.

70. Wittchen H-U, Kessler RC, Beesdo K, Krause P, Hoyer J. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. The Journal of clinical psychiatry. 2002;63(suppl 8):7712.

71. Wittchen H-U, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of general psychiatry. 1994;51(5):355-64.

72. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of general psychiatry. 2005;62(6):617-27.

73. Kessler RC, Wang PS. The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. Annu Rev Public Health. 2008;29(1):115-29.

74. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of general psychiatry. 2005;62(6):593-602.

75. Kessler RC, Gruber M, Hettema JM, Hwang I, Sampson N, Yonkers KA. Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. Psychological medicine. 2008;38(3):365-74.

76. Wittchen H-U, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. European neuropsychopharmacology. 2011;21(9):655-79.

77. Wittchen H-U, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. European neuropsychopharmacology. 2005;15(4):357-76.

78. Ruscio AM, Hallion LS, Lim CC, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, et al. Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe. JAMA psychiatry. 2017;74(5):465-75.

79. Brawman-Mintzer O, Lydiard RB, Emmanuel N, Payeur R, Johnson M, Roberts J, et al. Psychiatric comorbidity in patients with generalized anxiety disorder. The American journal of psychiatry. 1993;150(8):1216-8.

80. Weissman MM, Verdeli H, Gameroff MJ, Bledsoe SE, Betts K, Mufson L, et al. National survey of psychotherapy training in psychiatry, psychology, and social work. Archives of general psychiatry. 2006;63(8):925-34.

81. Bystritsky A, Khalsa SS, Cameron ME, Schiffman J. Current diagnosis and treatment of anxiety disorders. Pharmacy and Therapeutics. 2013;38(1):30.

82. Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, Rose RD, Edlund MJ, Lang AJ, et al. Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial. Jama. 2010;303(19):1921-8.

83. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. Journal of consulting and clinical psychology. 2000;68(4):615.

84. Peterson LG, Pbert L. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. Am J Psychiatry. 1992;149(7):936-43.

85. Wilson K, Hayes S, Strosahl K. Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change. New York: Guilford press[Google Scholar]. 2003.

86. Beale MD, Kellner CH, Pritchett JT, Burns CM. ECT for OCD. 1995.

87. George MS, Ward Jr HE, Ninan PT, Pollack M, Nahas Z, Anderson B, et al. A pilot study of vagus nerve stimulation (VNS) for treatment-resistant anxiety disorders. Brain stimulation. 2008;1(2):112-21.

88. Slotema CW, Blom JD, Hoek HW, Sommer IE. Should we expand the toolbox of psychiatric treatment methods to include Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS)? A meta-analysis of the efficacy of rTMS in psychiatric disorders. The Journal of clinical psychiatry. 2010;71(7):19531.

89. Blom RM, Figee M, Vulink N, Denys D. Update on repetitive transcranial magnetic stimulation in obsessive-compulsive disorder: different targets. Current psychiatry reports. 2011;13:289-94.

90. Cosgrove GR, Rauch SL. Stereotactic cingulotomy. Neurosurgery Clinics. 2003;14(2):225-35.

91. Greenberg BD, Price LH, Rauch SL, Friehs G, Noren G, Malone D, et al. Neurosurgery for intractable obsessive-compulsive disorder and depression: critical issues. Neurosurgery Clinics. 2003;14(2):199-212.

92. Abelson JL, Curtis GC, Sagher O, Albucher RC, Harrigan M, Taylor SF, et al. Deep brain stimulation for refractory obsessive-compulsive disorder. Biological psychiatry. 2005;57(5):510-6.

93. Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study. jama. 1998;279(19):1548-53.

94. Michikyan M, Suárez-Orozco C. Adolescent media and social media use: Implications for development. Sage Publications Sage CA: Los Angeles, CA; 2016. p. 411-4.

95. Bartsch M, Subrahmanyam K. Technology and self-presentation: Impression management online. The Wiley handbook of psychology, technology, and society. 2015:339-57.

96. Subrahmanyam K, Šmahel D. Digital youth: The role of media in development: Springer; 2011.

97. Davila J, Hershenberg R, Feinstein BA, Gorman K, Bhatia V, Starr LR. Frequency and quality of social networking among young adults: Associations with depressive symptoms, rumination, and corumination. Psychology of popular media culture. 2012;1(2):72.

98. Feinstein BA, Hershenberg R, Bhatia V, Latack JA, Meuwly N, Davila J. Negative social comparison on Facebook and depressive symptoms: Rumination as a mechanism. Psychology of popular media culture. 2013;2(3):161.

99. Reinecke L, Trepte S. Authenticity and well-being on social network sites: A two-wave longitudinal study on the effects of online authenticity and the positivity bias in SNS communication. Computers in Human Behavior. 2014;30:95-102.

100. Grieve R, Watkinson J. The psychological benefits of being authentic on Facebook. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. 2016;19(7):420-5.

101. Davis RA. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. Computers in human behavior. 2001;17(2):187-95.

102. Nader K, Bechara A, van der Kooy D. Neurobiological constraints on behavioral models of motivation. Annual review of psychology. 1997;48(1):85-114.

103. Chen H-T, Kim Y. Problematic use of social network sites: The interactive relationship between gratifications sought and privacy concerns. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. 2013;16(11):806-12.

104. Longstreet P, Brooks S. Life satisfaction: A key to managing internet & social media addiction. Technology in society. 2017;50:73-7.

105. Alutaybi A, McAlaney J, Arden-Close E, Stefanidis A, Phalp K, Ali R, editors. Fear of Missing Out (FoMO) as really lived: Five classifications and one ecology. 2019 6th International Conference on Behavioral, Economic and Socio-Cultural Computing (BESC); 2019: IEEE.

106. Cham S, Algashami A, Aldhayan M, McAlaney J, Phalp K, Almourad MB, Ali R, editors. Digital addiction: Negative life experiences and potential for technology-assisted solutions. New Knowledge in Information Systems and Technologies: Volume 2; 2019: Springer.

107. Altuwairiqi M, Jiang N, Ali R. Problematic attachment to social media: five behavioural archetypes. International journal of environmental research and public health. 2019;16(12):2136.

108. Blackwell D, Leaman C, Tramposch R, Osborne C, Liss M. Extraversion, neuroticism, attachment style and fear of missing out as predictors of social media use and addiction. Personality and Individual Differences. 2017;116:69-72.

109. Ali R, Jiang N, Phalp K, Muir S, McAlaney J, editors. The emerging requirement for digital addiction labels. Requirements Engineering: Foundation for Software Quality: 21st International Working Conference, REFSQ 2015, Essen, Germany, March 23-26, 2015 Proceedings 21; 2015: Springer.

110. Alutaybi A, Al-Thani D, McAlaney J, Ali R. Combating fear of missing out (FoMO) on social media: The FoMO-R method. International journal of environmental research and public health. 2020;17(17):6128.

111. Peary BD, Shaw R, Takeuchi Y. Utilization of social media in the east Japan earthquake and tsunami and its effectiveness. Journal of Natural Disaster Science. 2012;34(1):3-18.

112. O'reilly T. What is Web 2.0: Design patterns and business models for the next generation of software. Communications & strategies. 2007(1):17.

113. Handayani AN, Suciati RD, Qomaria U, Lestari W, Nugraha YR, Machumu PI. The use of social media for earthquake and Tsunami information. Bulletin of Social Informatics Theory and Application. 2023;7(1):74-82.

114. Çorapçıoğlu A, Yargıç İ, Geyran P, Kocabaşoğlu N, editors. Olayların etkisi ölçeği. IES-R) Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği Yeni Symposium; 2006.

115. Sariçam H. The psychometric properties of Turkish version of Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) in health control and clinical samples. Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapies and Research. 2018;7(1):19.

116. Çelik F, Özkara BY. Gelişmeleri kaçırma korkusu (FoMO) ölçeği: Sosyal medya bağlamına uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin sınanması. Psikoloji Çalışmaları. 2022;42(1):71-103.

117. Xie X, Chen Y, Chen H, Au A, Guo H. Predictors of quality of life and depression in older people living in temporary houses 13 months after the Wenchuan earthquake in western China: A cross-sectional study. Nursing & Health Sciences. 2017;19(2):170-5.

118. Wagenaar BH, Hagaman AK, Kaiser BN, McLean KE, Kohrt BA. Depression, suicidal ideation, and associated factors: a cross-sectional study in rural Haiti. BMC psychiatry. 2012;12:1-13.

119. Ide-Okochi A, Samiso T, Kanamori Y, He M, Sakaguchi M, Fujimura K. Depression, insomnia, and probable post-traumatic stress disorder among survivors of the 2016 Kumamoto earthquake and related factors during the recovery period amidst the COVID-19 pandemic. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022;19(7):4403.

120. Xi Y, Yu H, Yao Y, Peng K, Wang Y, Chen R. Post-traumatic stress disorder and the role of resilience, social support, anxiety and depression after the Jiuzhaigou earthquake: A structural equation model. Asian journal of psychiatry. 2020;49:101958.

121. Valladares-Garrido MJ, Zapata-Castro LE, Domínguez-Troncos H, García-Vicente A, León-Figueroa DA, Zila-Velasque JP, et al. Mental health disturbance after a major earthquake in northern Peru: a preliminary, cross-sectional study. International journal of environmental research and public health. 2022;19(14):8357.

122. Öztekin GG, Örki H. Effects of depression, anxiety, and stress on disaster preparedness: Evidence from the February 6 Türkiye Earthquakes. Afet ve Risk Dergisi. 2023;6(4):1332-47.

123. Kerkez M, Şanli ME. Mediating role of spirituality in the relationship of anxiety, stress and depression with resilience in individuals exposed to earthquakes in Türkiye. International Journal of Disaster Risk Reduction. 2024;104:104347.

124. Schwind JS, Formby CB, Santangelo SL, Norman SA, Brown R, Hoffman Frances R, et al. Earthquake exposures and mental health outcomes in children and adolescents from Phulpingdanda village, Nepal: a cross-sectional study. Child and adolescent psychiatry and mental health. 2018;12:1-9.

125. Altamore F, Grappasonni I, Laxhman N, Scuri S, Petrelli F, Grifantini G, et al. Psychological symptoms and quality of life after repeated exposure to earthquake: A cohort study in Italy. PLoS One. 2020;15(5):e0233172.

126. Xu J, Wang Y, Tang W. Risk factors of post-traumatic stress and depressive disorders in longmenshan adolescents after the 2013 Lushan earthquake. Community mental health journal. 2019;55:497-506.

127. Gerstner RM, Lara-Lara F, Vasconez E, Viscor G, Jarrin JD, Ortiz-Prado E. Earthquake-related stressors associated with suicidality, depression, anxiety and post-traumatic stress in adolescents from Muisne after the earthquake 2016 in Ecuador. BMC psychiatry. 2020;20:1-9.

128. Sharma V, Levin BL, Rahill GJ, Baldwin JA, Luitel A, Marhefka SL. Post-earthquake self-reported depressive symptoms and post-traumatic stress disorder and their correlates among college-youths in Kathmandu, Nepal. Psychiatric Quarterly. 2021;92(4):1595-609.

129. Gao X, Leng Y, Guo Y, Yang J, Cui Q, Geng B, et al. Association between earthquake experience and depression 37 years after the Tangshan earthquake: a cross-sectional study. BMJ open. 2019;9(8):e026110.

130. Duncan E, Dorahy MJ, Hanna D, Bagshaw S, Blampied N. Psychological responses after a major, fatal earthquake: the effect of peritraumatic dissociation and posttraumatic stress symptoms on anxiety and depression. Journal of trauma & dissociation. 2013;14(5):501-18.

131. Ahmadi F, Goodarzi MA, Taghavi MR, Imani M. Modeling the structural relationships between trauma exposure with substance use tendency, depression symptoms, and suicidal thoughts in individuals with earthquake trauma experience: the mediatory role of peritraumatic dissociation and experiential avoidance. BMC psychiatry. 2024;24(1):171.

132. Kanehara A, Ando S, Araki T, Usami S, Kuwabara H, Kano Y, Kasai K. Trends in psychological distress and alcoholism after The Great East Japan Earthquake of 2011. SSM-Population Health. 2016;2:807-12.

133. Löw A, Lotar Rihtarić M, Vrselja I. Resource loss, coping strategies and post-traumatic stress disorder symptoms in survivors of the 2020 Croatia earthquake. BMC psychology. 2023;11(1):128.

134. Wen J, Shi Y-k, Li Y-p, Yuan P, Wang F. Quality of life, physical diseases, and psychological impairment among survivors 3 years after Wenchuan earthquake: a population based survey. 2012.

135. Jia Z, Shi L, Duan G, Liu W, Pan X, Chen Y, Tian W. Traumatic experiences and mental health consequences among child survivors of the 2008 Sichuan earthquake: a community-based follow-up study. BMC Public Health. 2013;13:1-9.
136. Beaglehole B, Moor S, Zhang T, Hamilton GJ, Mulder RT, Boden JM, et al.

Impact of the Canterbury earthquakes on dispensing of psychiatric medication for children and adolescents: longitudinal quantitative study. The British Journal of Psychiatry. 2020;216(3):151-5.

137. İlhan B, Berikol GB, Eroğlu O, Deniz T. Prevalence and associated risk factors of post-traumatic stress disorder among survivors of the 2023 Turkey earthquake. The American Journal of Emergency Medicine. 2023;72:39-43.

138. Raviola G, Rose A, Fils-Aimé J, Thérosmé T, Affricot E, Valentin C, et al. Development of a comprehensive, sustained community mental health system in post-earthquake Haiti, 2010–2019. Global Mental Health. 2020;7:e6.

139. Amiri H, Riyahifar S, Nakhaee N, Nekoei-Moghadam M. The long-term impact of the earthquake on substance use. International journal of emergency medicine. 2022;15(1):44.

140. Seto M, Nemoto H, Kobayashi N, Kikuchi S, Honda N, Kim Y, et al. Post-disaster mental health and psychosocial support in the areas affected by the Great East Japan Earthquake: A qualitative study. BMC psychiatry. 2019;19:1-13.

141. Chase LE, Marahatta K, Sidgel K, Shrestha S, Gautam K, Luitel NP, et al. Building back better? Taking stock of the post-earthquake mental health and psychosocial response in Nepal. International journal of mental health systems. 2018;12:1-12.

142. Powell T, Li S-J, Hsiao Y, Ettari C, Bhandari A, Peterson A, Shakya N. Investigating the aftershock of a disaster: a study of health service utilization and mental health symptoms in post-earthquake Nepal. International journal of environmental research and public health. 2019;16(8):1369.

143. Buyurgan ÇS, Babuş SB, Yarkaç A, Köse A, Usluer HO, Ayrık C, et al. Demographic and clinical characteristics of earthquake victims presented to the emergency department with and without crush injury upon the 2023 Kahramanmaraş (Turkey) Earthquake. Prehospital and disaster medicine. 2023;38(6):707-15.

144. Wang X, Feng G, He L, An Q, Xiong Z, Lu H, et al. Evaluating urban building damage of 2023 Kahramanmaras, Turkey earthquake sequence using SAR change detection. Sensors. 2023;23(14):6342.

145. Tomak L, Demirel T, Demir I. Evaluation of the demographic characteristics and general health status of earthquake survivors affected by the 2023 Kahramanmaraş earthquake; a section from Gaziantep Nurdağı district. BMC Public Health. 2024;24(1):937.

146. McLean H. Social media benefits and risks in earthquake events. Encyclopedia of earthquake engineering. 2015;54:3309-15.

147. Hyseni Duraku Z, Uka F, Cërmjani D, Ramadani F, Bajgora S. An early assessment of presence of probable post-traumatic stress disorder and its associated risk factors in a cohort of survivors of the 2019 Albania earthquake. Current Psychology. 2023:1-11.

148. Zhang Y, Ho SM. Risk factors of posttraumatic stress disorder among survivors after the 512 Wenchuan earthquake in China. PLoS one. 2011;6(7):e22371.

149. Van Der Does F, Saito T, Nagamine M, Van Der Wee N, Shigemura J, Yamamoto T, et al. Risk and Resilience in Trajectories of Post-Traumatic Stress Symptoms among First Responders after the 2011 Great East Japan Earthquake: a 7-year prospective cohort study. European Psychiatry. 2022;65(S1):S244-S.

150. İme Y. The effect of online cognitive behavioral group counseling on anxiety, depression, stress and resilience in Maraş-centered earthquake survivors. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy. 2023:1-16.

151. Göksel P, Usta MB, Böke Ö. The Effect of Media Exposure of the 2023 Kahramanmaras Earthquake on Traumatic Stress. Journal of Experimental and Clinical Medicine. 2024;41(1):132-7.

152. Tran TD, Tran T, Fisher J. Validation of the depression anxiety stress scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women. BMC psychiatry. 2013;13:1-7.

153. Sun L. Social media usage and students' social anxiety, loneliness and well-being: does digital mindfulness-based intervention effectively work? BMC psychology. 2023;11(1):362.

154. Huang P-C, Latner JD, O'Brien KS, Chang Y-L, Hung C-H, Chen J-S, et al. Associations between social media addiction, psychological distress, and food addiction among Taiwanese university students. Journal of Eating Disorders. 2023;11(1):43.

155. Mandić S, Ricijaš N, Dodig Hundrić D. Effects of Gender and Social Network Use on High School Students' Emotional Well-Being during COVID-19. Psychiatry International. 2024;5(2):154-68.

156. Lee M-C, Chen C-H, Hsieh P-H, Ling C-H, Yang C-C, Chang Y-C, et al. Psychological impact, coping behaviors, and traumatic stress among healthcare

workers during COVID-19 in Taiwan: An early stage experience. Plos one. 2022;17(10):e0276535.

157. Zhang Y-t, Li R-t, Sun X-j, Peng M, Li X. Social media exposure, psychological distress, emotion regulation, and depression during the COVID-19 outbreak in community samples in China. Frontiers in Psychiatry. 2021;12:644899.

158. Dixit S, Musa A, Sillva AB, Reddy RS, Abohashrh M, Kakaraparthi VN, et al. The impact of post-traumatic stress of SARS-CoV-2 affliction on psychological and mental health of student survivors: cross sectional study. Frontiers in Public Health. 2022;10:845741.

159. Gao B, Shen Q, Luo G, Xu Y. Why mobile social media-related fear of missing out promotes depressive symptoms? the roles of phubbing and social exclusion. BMC psychology. 2023;11(1):189.

160. Sommantico M, Ramaglia F, Lacatena M, editors. Relationships between depression, fear of missing out and social media addiction: The mediating role of self-esteem. Healthcare; 2023: MDPI.

161. Deniz M. Fear of missing out (FoMO) mediate relations between social self-efficacy and life satisfaction. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2021;34:28.

162. Liu X, Liu T, Zhou Z, Wan F. The effect of fear of missing out on mental health: Differences in different solitude behaviors. BMC psychology. 2023;11(1):141.

163. Topino E, Gori A, Jimeno MV, Ortega B, Cacioppo M. The relationship between social media addiction, fear of missing out and family functioning: a structural equation mediation model. BMC psychology. 2023;11(1):383.

164. Jiao C, Cui M, Fincham FD. Predicting Changes in Helicopter Parenting, Fear Of Missing Out (FOMO), and Social Anxiety in College Students. Journal of Adult Development. 2024:1-11.

165. Sharif Nia H, Kaur H, Fomani FK, Rahmatpour P, Kaveh O, Pahlevan Sharif S, et al. Psychometric properties of the impact of events scale-revised (IES-R) among general iranian population during the COVID-19 pandemic. Frontiers in psychiatry. 2021;12:692498.

166. He B, Tan Z, Lai K, Qiu B, Wang S. The effect of event impact on fear of missing out: the chain mediation effect of coping styles and anxiety. Frontiers in Psychology. 2024;15:1382440.

167. Dou F, Li Q, Li X, Li Q, Wang M. Impact of perceived social support on fear of missing of out (FoMO): A moderated mediation model. Current Psychology. 2021:1-10.

168. Dong Y, Chen M, Wu Z, Zhang Z. Covid-19 psychological pressures, depression and FOMO: the mediating role of online social support and emotional regulation. BMC psychology. 2024;12(1):116.

169. Dadiotis A, Roussos P. Relationship between fomo, problematic social media use, self-esteem, negative affectivity, and physical exercise: A structural equation model. Journal of Technology in Behavioral Science. 2023:1-12.

8. EKLER

Ek-A. Onam Formu

Ek-B. Anket Formu

Ek-C. Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği

Ek-D. Olayların Etkisi Ölçeği-Revize Edilmiş

Ek-E. Sosyal Medyada Gelişmeleri Kaçırma Korkusu (FoMO) Ölçeği

Ek-F. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Etik Kurul Onay Belgesi

Ek-A. Onam Formu

T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur / (Rıza) Formu

Araştırmanın Konusu: Depremin Psikososyal Etkilerinin Sosyal Medya Kullanımına Etkisi **Araştırmanın Amacı:** Depremin Bireyler Üzerindeki Psikososyal Etkilerinin Sosyal Medya Kullanımı Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi ve Araştırılması **Araştırmaya Katılma Süresi:** 4 ay **Araştırmaya Katılacak Yaklaşık Gönüllü Sayısı:** 550

Sayın Gönüllü:

Bu tez çalışmasında HMKÜ Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran depremzede bireylerde 'Depremin Psikososyal Etkilerinin Sosyal Medya Kullanımına Etkisi' araştırılacaktır. Bu kapsamda size Depremzede Sosyodemografik Bilgi Formu, Olayların Etkisi Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-21) ile Sosyal Medyada Gelişmeleri Kaçırma Korkusu Ölçeğinden oluşan toplamda 71 soru sorulmuştur. Anket sorularının 10 dakika içinde yanıtlanması beklenmektedir.

Sorulara vereceğiniz yanıtlar, gizli tutulacak ve yalnız araştırmacı tarafından değerlendirilecektir. Araştırmanın güvenilir olması için her soruyu içtenlikle ve doğru olarak cevaplamanızı rica eder, gösterdiğiniz ilgi ve yardımlar için şimdiden teşekkür ederim.

Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bana, tanık huzurunda belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkımın olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğumu ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.

Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bana, tanık huzurunda aşağıda konusu belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkımın olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğum gibi kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza
Bilgi Verebilecek Kişi:	
VELİ, VASİ VEYA VEKİL (18 yaşından küçük olanlar için)	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0)
Yakınlığı:	İmza:
ARAŞTIRMACI	
Adı Soyadı:Arş.Gör. Dr. Ali Beyazgül Adresi:HMKÜ Aile Hekimliği Anabilim Dalı	Telefon : (0)[redacted] Faks : (0) İmza
GEREKTİĞİNDE GÖNÜLLÜ VEYA YAKININ BAŞVURABİLECEĞİ KİŞİ:	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza
TANIK:	
Adı Soyadı: Görevi Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza

NOT: Bu belge dört örnek halinde hazırlanacak, birer örnek araştırmacı, gönüllü, tanık ve kurum tarafından saklanacaktır.

Ek-B. Anket Formu

DEPREMİN PSİKOSOSYAL ETKİLERİNİN SOSYAL MEDYA KULLANIMINA ETKİSİ

1. **Yaşınız:** …….
2. **Cinsiyetiniz:** 1) Kadın 2) Erkek
3. **Medeni durumunuz:** 1) Evli 2) Bekar 3) Dul
4. **Eğitim düzeyiniz:** 1) Okula gitmedim, 2) İlkokul mezunu, 3) Ortaokul mezunu, 4) Lise okuyor ya da mezunu, 5) Ön Lisans döneminde ya da ön lisans mezunu, 6) Lisans döneminde ya da lisans mezunu, 7) Yüksek Lisans/Araştırma Görevlisi/Asistan ya da mezunu, 8) Öğretim Görevlisi (Profesör, Doçent, Doktor öğretim üyesi)
5. **Gelir durumu:** 1) Asgari ücretin altında 2) Asgari ücret seviyesinde 3) Asgari ücretin üzerinde 4) Çalışmıyorum
6. **Sigara ya da tütün ürünleri kullanıyor musunuz?** 1) Evet 2) Hayır
7. **Alkol tüketiyor musunuz?** 1) Evet 2) Hayır
8. **Kronik hastalığınız var mı? Var ise kaç tane tanı konulmuş kronik hastalığınız var?** a) Yok b) 1 c) 2 d) 3 e) En az 4
9. **Deprem öncesi dönemde psikiyatrik ilaç kullanıyor muydunuz?** 1) Evet 2) Hayır
10. **Deprem sonrası dönemde psikiyatrik ilaç tedavisine başladınız mı?** 1) Evet 2) Hayır
11. **Deprem sonrası dönemde psikososyal destek aldınız mı?** 1) Evet 2) Hayır
12. **Depremde enkaz altında kaldınız mı?** 1) Evet 2) Hayır
13. **Deprem öncesi ikamet ettiğiniz evin hasar durumu nedir?** 1) Hasarsız 2) Az hasarlı 3) Orta hasarlı 4) Ağır hasarlı 5) Deprem sırasında yıkıldı
14. **Şu an nerede yaşıyorsunuz?** 1) Depremden önce ikamet edilen evde 2) Çadır 3) Konteyner 4) Başka bir evde
15. **Çekirdek ailenizde ya da yakın arkadaşlarınız ve akrabalarınız arasında can kaybı oldu mu? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)** 1) Olmadı 2) Çekirdek ailede oldu 3) Yakın arkadaşlar arasında veya akrabalar arasında oldu

16. **Deprem öncesi dönemde sosyal medya platformlarında gün içinde ne kadar süre vakit geçiriyordunuz?** 1) 0-1 saat 2) 1-3 saat 3) 3-6 saat 4) 6 saatten fazla
17. **Deprem sonrası dönemde sosyal medya platformlarında gün içinde ne kadar süre vakit geçiriyorsunuz?** 1) 0-1 saat 2) 1-3 saat 3) 3-6 saat 4) 6 saatten fazla
18. **Deprem öncesi dönemde güncel olaylardan haberdar olmak için hangi sosyal medya platformunu diğer platformlara göre daha sık kullandınız?** 1) Facebook/Meta 2) Twitter/X 3) Instagram 4) Youtube 5) Diğer
19. **Deprem sonrası dönemde güncel olaylardan haberdar olmak için hangi sosyal medya platformunu diğer platformlara göre daha sık kullandınız?** 1) Facebook/Meta 2) Twitter/X 3) Instagram 4) Youtube 5) Diğer

Ek-C. Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği

Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği

NO	SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ	Hiçbir zaman	Bazen ve arasıra	Oldukça sık	Her zaman
1 S	Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim.	0	1	2	3
2 A	Ağzımda kuruluk olduğunu fark ettim.	0	1	2	3
3 D	Hiç olumlu duygu yaşayamadığımı fark ettim.	0	1	2	3
4 A	Soluk almada zorluk çektim (*örneğin fiziksel egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi).*	0	1	2	3
5 D	Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım.	0	1	2	3
6 S	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim.	0	1	2	3
7 A	Vücudumda *(örneğin ellerimde)* titremeler oldu.	0	1	2	3
8 S	Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim.	0	1	2	3
9 A	Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim.	0	1	2	3
10 D	Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım	0	1	2	3
11 S	Kışkırtılmakta olduğumu hissettim	0	1	2	3
12 S	Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi	0	1	2	3
13 D	Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim	0	1	2	3
14 S	Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum	0	1	2	3
15 A	Panik haline yakın olduğumu hissettim	0	1	2	3
16 D	Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu	0	1	2	3
17 D	Birey olarak değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
18 S	Alıngan olduğumu hissettim	0	1	2	3
19 A	Fizik egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin	0	1	2	3

	hareketlerini hissettim *(kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim)*				
20 A	Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim	0	1	2	3
21 D	Hayatın anlamsız olduğu hissine kapıldım	0	1	2	3

Ek-D. Olayların Etkisi Ölçeği-Revize Edilmiş

Sorular	Hiç	Biraz	Orta seviyede	Şiddetli	Çok şiddetli
1. Benzeyen her şey, olayla ilgili duygularımı aklıma getiriyor ve hatırlatıyor.					
2. Uykumu sürdürmekte, kesintisiz ve derin bir uyku uyumakta zorlanıyorum, uykum bölünüyor.					
3. Olayla ilgisiz ve farklı şeyler dahi bana olayı hatırlatıyor, aklıma getiriyor ve düşündürüyor.					
4. Kendimi huzursuz ve öfkeli hissediyorum.					
5. Olayı düşündüğümde, olayı hatırlatan şeylerle karşılaştığımda keyfimin kaçmasına canımın sıkılmasına izin vermiyorum.					
6. İstemediğim halde olay aklıma geliyor ve onu düşünmek zorunda kalıyorum.					
7. Sanki olayı yaşamamışım, olmamış ve gerçek değilmiş gibi hissediyorum.					
8. Olayı hatırlatan durum, yer ve koşullardan uzak					

duruyorum, kaçınıyorum.					
9. Olayla ilgili görüntüler fotoğraf gibi, film gibi gözümün önünde canlanıyor.					
10. Ani ses, görüntü ve hareketlerden çabuk irkiliyorum ve abartılı tepkiler veriyorum.					
11. Olayı düşünmemeye çalışıyorum.					
12. Olayla ilgili birçok duyguyu hala taşıdığımı fark ettim fakat bunların üstünde durmuyorum ve çözmeye çalışmıyorum.					
13. Sanki bütün duygularımı kaybetmiş gibi hissediyorum, kendimi hissizleşmiş ve donuklaşmış hissediyorum.					
14. Zaman zaman olay sırasındaki duygularımı yeniden hatırlıyorum ve sanki o anı yeniden yaşıyormuş gibi tepkiler gösteriyorum.					
15. Uykuya dalmakta zorluk çekiyorum.					
16. Olayla ilgili yaşadığım duyguları o kadar canlı hatırlıyorum ki,					

sanki dalga dalga üzerime geliyorlar.					
17. Olayı hafızamdan silmeye ve unutmaya çalışıyorum.					
18. Dikkatimi toplamada ve yoğunlaşmada zorluk çekiyorum.					
19. Olayı hatırlatan şeylerle karşılaştığımda, terleme, kızarma, titreme, çarpıntı, nefes alma güçlüğü, göğüste baskı hissi gibi bedensel belirtiler yaşıyorum.					
20. Olayla ilgili rüyalar görüyorum.					
21. Kendimi tetikte ve diken üstünde hissediyorum, güvenliğimle ilgili endişeler duyuyorum.					

Ek-E. Sosyal Medyada Gelişmeleri Kaçırma Korkusu (FoMO) Ölçeği

1. Sosyal medyada aktif olamadığım zamanlarda kendimi endişeli hissederim.	1	2	3	4	5	6	7
2. Sosyal medyada aktif olamadığım zamanlarda diğer kullanıcılara (çevremdekilere) göre eksik kaldığımı hissederim.	1	2	3	4	5	6	7
3. Sosyal medyada aktif olmanın önemli ve eğlenceli olduğunu bildiğimden dolayı sosyal medyaya gir(e)mediğim zamanlarda kendimi kaygılı hissederim.	1	2	3	4	5	6	7
4. Sosyal medyaya giriş yapamadığım zamanlarda kendimi üzgün hissederim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Sosyal medyaya giriş yapamadığım zamanlarda pişmanlık hissederim.	1	2	3	4	5	6	7
6. Sosyal medyada aktif olamadığım zamanlarda yer aldığım sosyal grubun beni önemsiz birisi olarak gördüğünü düşünürüm.	1	2	3	4	5	6	7
7. Sosyal medyada aktif olamadığım zamanlarda yer aldığım sosyal gruba layık olamadığımı düşünürüm.	1	2	3	4	5	6	7
8. Sosyal medyada aktif olamadığım zamanlarda sosyal grubum tarafından dışlandığımı hissederim.	1	2	3	4	5	6	7
9. Sosyal medyada aktif olamadığım zamanlarda sosyal grubum tarafından göz ardı edildiğimi/unutulduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5	6	7

Ek-F. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Etik Kurul Onay Belgesi

HMKÜ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL

KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:** 12	**Tarih:** 04/12/2023
	KARAR 12- Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr.Cahit ÖZER'in (Arş.Gör.Dr.Ali BEYAZGÜL'ün uzmanlık Tezi) "Depremin psikososyal etkilerini sosyal medya kullanımına etkisi" isimli çalışması görüşülmüş olup; çalışma gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve etik kurallara uygun bulunmuş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL ÜYELERİ		
Çalışma Esası:	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
Etik Kurul Başkanı	Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ	

ETİK KURUL ÜYELERİ							
Ünvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki		Katılım	İmza
Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ Başkan	Veteriner	HMKÜ Veteriner Fakültesi	E	E☐	H✓	E✓	[redacted]
Prof.Dr.Hülya PEKER Başkan Yrd.	Nükleer Tıp	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	E☐	H✓	E✓	
Dr.Öğr.Üyesi Emre DİRİCAN Başkan Yrd.	Biyoistatistik	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E☐	H✓	E☐	
Doç.Dr.Doğan ÜSTÜN Üye	Beden Eğitimi	HMKÜ BESYO	E	E☐	H✓	E✓	
Doç.Dr. Fatma ÖZ Üye	Anatomi	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	E☐	H✓	E✓	
Doç.Dr Fundagül B. ZORTUK Üye	Diş Hekimi	HMKÜ Diş Hekimliği Fakültesi	K	E☐	H✓	E✓	
Doç.Dr.Yener AKYUVA Üye	Beyin ve Sinir Cerrahisi	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E☐	H✓	E☐	
Doç.Dr. Oğuz AKKUŞ Üye	Kardiyoloji	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E☐	H✓	E☐	
Doç.Dr.Sibel SEVİNÇ Üye	Hemşirelik	HMKÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E☐	H✓	E✓	
Dr.Öğr.Üyesi Semih AŞIKOVALI Üye	Tıbbi Genetik	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E☐	H✓	E✓	
Dr.Öğr.Üyesi Mehmet ERDEM Üye	Halk Sağlığı	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E☐	H✓	E✓	

9. ÖZGEÇMİŞ

Dr. Ali BEYAZGÜL, [redacted] ilçesinde doğmuştur. İlkokul eğitimini 1998-2003 yılları arasında Hatay Koyunoğlu İlköğretim Okulu'nda, ortaokul eğitimini ise 2004-2006 yılları arasında Fatih Sultan Mehmet İlköğretim Okulu'nda almıştır. Lise eğitimini 2006-2010 yılları arasında Selim Nevzat Şahin Anadolu Lisesi'nde tamamlayan Dr. Beyazgül, 2010 yılında Denizli Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne başlamıştır. 2017 yılında tıp fakültesinden mezun olduktan sonra Hatay Samandağ Devlet Hastanesi'nde pratisyen hekim olarak çalışmaya başlamıştır. 1 Mart 2018 tarihinde Edirne Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimine başlamış, ancak bu görevden 30 Mart 2018'de ayrılmıştır. 18 Temmuz 2019 - 21 Nisan 2021 tarihleri arasında Ankara Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışmıştır. 22 Aralık 2021'de Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi doktor olarak göreve başlamış olup, bu görevini halen sürdürmektedir.