



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİ KLİNİĞİ**

ERGENLERDE İNTERNET OYUN OYNAMA BOZUKLUĞUNDA TEDAVİYE YANITIN YORDAYICILARI

Dr. Cansu GERÇEK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2019



**T.C.
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAğLIğI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİ KLİNİğİ**

ERGENLERDE İNTERNET OYUN OYNAMA BOZUKLUğUNDA TEDAVİYE YANITIN YORDAYICILARI

Dr. Cansu GERÇEK

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Gül KARAÇETİN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2019

I. TEŞEKKÜR

Sağladığı bilimsel çalışma ortamı nedeniyle Hastane Başhekimliğine,

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecimde engin bilgisiyle yolumu aydınlatan, her koşulda desteğini hissettiğim, özveriyle her birimize emek veren, vizyonu ve sıcaklığıyla benim için bir hocadan çok daha fazlası olan değerli tez danışmanım ve klinik şefim Doç. Dr. Gül KARAÇETİN'e,

Asistanlık sürecimde büyük ilgi ve emekle her sorumu yanıtlayan, tez çalışmamın istatistiğinde bıkmadan yol gösteren, birlikte çalışmaktan çok keyif aldığım kıymetli hocam Doç. Dr. Caner MUTLU'ya,

Tezimin planlanmasında ve çalışmamın istatistiğinin yapılmasında bana zamanını ayıran, sabırla defalarca anlatan hocam Prof. Dr. Tolga ARICAK'a,

Desteğini esirgemeyen hocam Prof. Dr. Mücahit ÖZTÜRK'e,

Beraber çalışma imkanı bulduğum için kendimi çok şanslı hissettiğim saygıdeğer hocalarım Doç. Dr. Özhan YALÇIN, Doç. Dr. Mustafa Kayhan BAHALI, Doç. Dr. Canan TANIDIR ve Doç. Dr. Ali Güven KILIÇOĞLU'na,

Asistanlık sürecim boyunca çok değerli vakitlerini sabırla bize ayıran, klinik bilgi ve deneyimlerini paylaşan Uzm. Dr. Arzu ÇİFTÇİ, Uzm. Dr. Hatice GÜNEŞ, Uzm. Dr. Başak AYIK, Uzm. Dr. Seheriyeli YILMAZ, Uzm. Dr. Nurdan ÜNALDI, Uzm. Dr. Büşra DURAN, Uzm. Dr. Esra BULANIK KOÇ, Uzm. Dr. Deniz YILDIZ, Uzm. Dr. Mehmet TEKDEM ve Uzm. Dr. Bedriye ÖZKAN'a,

Rotasyonlar sırasında bilgi ve emek veren hocalarım Doç. Dr. Murat ERKIRAN, Prof. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM, Doç. Dr. Oya GÜÇLÜ, Doç. Dr. Münevver YILDIRIM ve Doç. Dr. Güliz ÖZGEN'e,

Eğitim ve çalışma sürecimi keyifli ve anlamlı kılan asistan arkadaşlarıma, bölümdeki psikolog, hemşire, sekreter, çocuk gelişimi uzmanı ve tüm personel arkadaşlarıma,

Çok sevdiğim, iyi ki hayatımdalar dediğim sevgili anneme ve biricik kardeşim Aysun'a,

Çocuk kalpleri ile içimi ısıtan Zeynep ve Beril'e,

Varlığıyla beni mutlu eden, hep yanımda olan canım arkadaşım, biricik dostum Ayşe'ye,

Çok sevdiğim Funda, İçsel ve Mustafa'ya,

Ve son olarak tezimi yazarken hiç yanımdan ayrılmayan minik paticanlarım Şanslı ve Maviş'e,

En içten teşekkürlerimle...

Dr. Cansu GERÇEK

İstanbul, 2019

II. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

I. TEŞEKKÜR.....	i
II. İÇİNDEKİLER	ii
III. ÖZET	v
IV. ABSTRACT	vi
V. KISALTMALAR.....	vii
VI. TABLO LİSTESİ.....	ix
VII. ŞEKİL LİSTESİ.....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. İNTERNET.....	5
2.1.1.Tanım ve Tarihçesi.....	5
2.1.2.Türkiye’de ve Dünyada İnternet Kullanımı	6
2.2. İNTERNET BAĞIMLILIĞI.....	8
2.2.1.İnternet Bağımlılığı Tanımı	8
2.2.2.Tanısal Ölçütler	10
2.3. İNTERNET OYUN OYNAMA BOZUKLUĞU	13
2.3.1.Tanımı ve Tanısal Ölçütler	13
2.3.2.Elektronik Oyunlar.....	16
2.3.2.1. Elektronik Oyunların Tarihçesi.....	16
2.3.2.2. Bilgisayar Oyun Türleri	17
2.3.2.3. Bilgisayar Oyunlarının Derecelendirilmesi.....	18
2.3.3.Epidemiyoloji.....	20
2.3.4.Etiyoloji.....	22
2.3.4.1. Nörobiyolojik Model.....	22
2.3.4.2. Bilişsel Davranışçı Model	26
2.3.4.3. Sosyal Beceri Eksikliği Teorisi.....	27
2.3.4.4. Kavramsal İnternet Bağımlılığı Modeli	27
2.3.5.İnternet Oyun Oynama Bozukluğunda Rol Oynayan Diğer Risk faktörleri.....	28
2.3.6.Eş Hastalanım (Komorbidite)	29
2.3.7.Tedavi.....	33
2.3.7.1. Farmakoterapi	33
2.3.7.2. Psikoterapi.....	35
2.3.7.3. Aile terapisi	41
2.3.7.4. Diğer Tedaviler	42

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	46
3.1. YÖNTEM	46
3.1.1.Çalışma Evreni	46
3.1.2.Örneklem Seçimi.....	46
3.2. GEREÇLER.....	47
3.2.1.Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek-2)	47
3.2.2.Sosyodemografik Veri Formu (Ek-3)	47
3.2.3.Aile ile Okul Çağı Çocukları İçin Duygudurum bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi (ÇDGŞ-ŞY) adlı yarı yapılandırılmış görüşme formu	47
3.2.4.İnternet Bağımlılığı Ölçeği (Ek-4).....	48
3.2.5.Ergenler İçin Oyun Bağımlılığı Ölçeği (Ek-5)	48
3.2.6.Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçeği (Ek-6).....	49
3.2.7.Çocuklar için Depresyon Ölçeği (Children's Depression Inventory–CDI) (Ek-7)	49
3.2.8.Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (Ek-8).....	49
3.2.9.Beck Anksiyete Ölçeği (Ek-9)	50
3.2.10. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği-AHÇYTÖ (Parental Attitude Research Instrument-PARI) (Ek-10)	50
3.2.11. Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSMIV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği - Turgay (T-DSM-IV; The Turgay DSM-IV Based Disruptive Behavior Disorders Child and Adolescent Rating and Screening Scale, T-DSM-IV-S) (Ek-11).....	51
3.3. İŞLEM	51
3.4. İSTATİKSEL ANALİZ.....	53
3.5. ETİK	53
4. BULGULAR.....	54
4.1. SOSYODEMOGRAFİK BULGULAR.....	54
4.2. İNTERNET KULLANIMIYLA İLGİLİ BULGULAR	55
4.3. ANNELERİN ÇOCUK YETİŞTİRMEYLE İLGİLİ GENEL VE İNTERNETE YÖNELİK TUTUMLARI VE ERGENLERİN AİLELERİYLE OLAN İLİŞKİSİNE BAKIŞ AÇISI	59
4.4. KATILIMCILARIN ANNE VE BABALARININ İNTERNET KULLANIMI İLE İLGİLİ BULGULARI	62
4.5. PSİKİYATRİK EŞ HASTALANIM BULGULARI.....	64
4.6. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TEDAVİ VE BASİT DANIŞMANLIK UYGULAMASININ ETKİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	66
4.7. BDT VE BASİT DANIŞMANLIK GRUBUNDA KULLANILAN İLAÇLARIN İNCELENMESİ.....	99
5. TARTIŞMA.....	100
5.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	100
5.2. İNTERNET KULLANIMIYLA İLE İLGİLİ BULGULAR	101

5.3. ANNELERİN ÇOCUK YETİŞTİRMEYLE İLGİLİ GENEL VE İNTERNETE YÖNELİK TUTUMLARI VE ERGENLERİN AİLELERİYLE OLAN İLİŞKİSİNE BAKIŞ AÇISI	103
5.4. KATILIMCILARIN ANNE VE BABALARININ TELEVİZYON İZLEME VE İNTERNET KULLANIM BULGULARI.....	106
5.5. PSİKİYATRİK EŞ HASTALANIM	107
5.5.1.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	109
5.5.2.Major Depresif Bozukluk.....	110
5.5.3.Anksiyete Bozuklukları.....	110
5.5.4.Karşıt Olma Karşı Gelme ve Davranım Bozukluğu	111
5.5.5.Diğer Bozukluklar	112
5.6. İNTERNET OYUN OYNAMA BOZUKLUĞU OLAN ERGENLERDE BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TEDAVİ’NİN İNTERNET KULLANIM SÜRESİNE VE ÖLÇEK PUANLARINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ	113
5.7. İNTERNET OYUN OYNAMA BOZUKLUĞU OLAN ERGENLERDE BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TEDAVİ VE BASİT DANIŞMANLIK UYGULAMASININ İNTERNET KULLANIM SÜRESİNE VE ÖLÇEK PUANLARINA ETKİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	117
5.8. SINIRLILIKLAR	119
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	120
7. KAYNAKLAR	122
8. ÖZGEÇMİŞ	134
9. EKLER	136
EK 1 - Etik Kurul Onayı.....	136
EK 2 - Tez Çalışması İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	137
EK 3 - Sosyo-Demografik Veri Formu	138
EK 4 - İnternet Bağımlılığı Ölçeği	142
EK 5 - Ergenler İçin Oyun Bağımlılığı	143
EK 6 – Çocuk ve Ergenler İçin Sosyal Fobi Ölçeği.....	144
EK 7 – Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (CDI)	145
EK 8 – BECK Depresyon Ölçeği	148
EK 9 – BECK Anksiyete Ölçeği	151
EK 10 – Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Anketi.....	152
EK 11 – Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV’e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği – Turgay I.BÖLÜM Sorun Sorun Derece Ölçeği-TURGAY	155

III. ÖZET

ERGENLERDE İNTERNET OYUN OYNAMA BOZUKLUĞUNDA TEDAVİYE YANITIN YORDAYICILARI

Dr. Cansu GERÇEK

AMAÇ: İnternet oyun oynama bozukluğu (İOOB) tanısı alan ergenlerde tedavi yanıtını etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniği'ne başvuran, 12-18 yaş arasında, İOOB tanısı almış 36 ergen alınmıştır. Katılımcılar, ardışık olarak haftalık Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) uygulanan (n:18) ve aylık olarak basit danışmanlık verilen (n:18) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Psikiyatrik değerlendirme "Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli" kullanılarak yapılmıştır. Her iki gruptaki tüm ergenlere tedavi başlamadan önce ve tedavinin 4., 8. haftasında Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçeği, Ergenler için Oyun Bağımlılığı (EOBÖ) ve İnternet Bağımlılık Ölçeği (İBÖ) kullanılmıştır. Katılımcıların annelerine de eş zamanlı olarak Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği, Turgay DSM-4 Kökenli Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirti Tarama Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği verilmiştir.

BULGULAR: Hem BDT hem de basit danışmanlık grubunda 15 ergen, 8 haftalık tedavi süresini tamamlamıştır. BDT, basit danışmanlık ile karşılaştırıldığında; CDI ve Turgay ölçeği-dikkat eksikliği alt ölçek puanını azaltmada daha etkili bulunmuştur. Tedavi öncesi ölçümde ve 4. haftada internet kullanım süreleri, İBÖ ve EOBÖ ölçeği puanları gruplar arasında farklılık göstermezken, ilaç etkisi kontrol altına alındığında; 8. haftada BDT grubunda basit danışmanlık grubuna göre hem anneler hem de ergenlerin görüşüne göre, anlamlı olarak daha düşük hafta içi ve hafta sonu internet kullanım süreleri, İBÖ ve EOBÖ ölçeği puanları saptanmıştır.

SONUÇ: Bulgularımız BDT'nin depresyon ve dikkat sorunlarını azaltmada basit danışmanlıktan daha etkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca, 8. haftada internet kullanım süreleri, internet bağımlılığı ve oyun bağımlılığını azaltmada basit danışmanlıktan üstün olması BDT'nin nüks önleme ve tedavi sürdürümü açısından bağımlılık tedavisinde önemini göstermektedir.

Anahtar sözcükler: İnternet Oyun Oynama Bozukluğu, Bilişsel Davranışçı Tedavi, Basit Danışmanlık, Ergenlik

İletişim adresi: cnsgercek@gmail.com

IV. ABSTRACT

PREDICTORS OF RESPONSE TO TREATMENT IN INTERNET GAMING DISORDER IN ADOLESCENTS

Dr. Cansu GERÇEK

AIM: to determine the factors affecting treatment response in adolescents with Internet Gaming Disorder (IGD).

MATERIALS AND METHOD: Thirty-six adolescents, between 12-18 years of age, who were admitted to the outpatient unit of the Child and Adolescent Psychiatry Clinic of Bakirkoy Prof. Dr. Mazhar Osman Research and Training Hospital and diagnosed with IGD were included in the study. The participants were divided into two groups, one of whom was given weekly Cognitive Behavioral Therapy (CBT) (n:18) and the other was given basic counseling (BC) (n:18) about IGD monthly. Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present-Lifetime Version was used. Children's Depression Inventory (CDI), Social Phobia Scale for Children and Adolescents, Internet Addiction Scale (IAS) and Game Addiction Scale for Adolescents (GASA) were used at baseline and at the 4th and 8th weeks. Parental Attitude Research Instrument, Turgay DSM-4-based Disruptive Behavior Disorders Scale, Beck Depression Inventory and Beck Anxiety Inventory were given to the mothers.

RESULTS: Fifteen adolescents in both the CBT and BC group completed the 8-week treatment. CBT was found to be more effective in reducing CDI and attention-deficit subscale of Turgay scale compared to BC. The scores of IAS, GAS and duration of internet usage were indifferent between groups at baseline and at 4th week of treatment; whereas, the CBT group had significantly lower scores of IAS, GAS and reduced duration of internet usage based on maternal and self-report when the effect of medication was controlled at the 8th weeks of treatment.

CONCLUSION: Our results show that CBT is more effective in reducing depression and attention problems than BC. The superior effectiveness of CBT in terms of reduction of duration of internet usage, internet addiction and gaming addiction shows the importance of CBT in the treatment of addiction in the aspects of relapse prevention and treatment maintenance.

Key words: Internet Gaming Disorder, Cognitive Behavioral Treatment, Basic Counseling, Adolescents

Contact address: cnsgercek@gmail.com

V. KISALTMALAR

AAB	: Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
ATX	: Atomoksetin
AHÇYTÖ	: Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği
BD	: Basit Danışmanlık
BDT	: Bilişsel Davranışçı Tedavi
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
ÇDÖ	: Çocuklar için Depresyon Ölçeği
ÇDŞG-ŞY-T	: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması
DB	: Davranım Bozukluğu
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM-5	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 5. Basım
DSM-IV-TR	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş 4. Basım
EOBÖ	: Ergenler için Oyun Bağımlılığı Ölçeği
ESRB	: Eğlence Yazılımları Derecelendirme Kurulu (Entertainment Software mmorpRating Board)
fMRI	: Fonksiyonel Manyetik Rezonans İnceleme
İB	: İnternet Bağımlılığı
İBÖ	: İnternet Bağımlılığı Ölçeği
İOOB	: İnternet Oyunu Oynama Bozukluğu
KOKGB	: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
MDB	: Major Depresif Bozukluk

MMORPG	: Devasa Çok Oyunculu Çevrimiçi Rol Yapma Oyunu (Massive Multiplayer Online Role Playing Game)
MPH	: Metilfenidat
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
p	: Anlamlılık değeri
PEGI	: Pan Avrupa Oyun Bilgi Sistemi (Pan European Game Information)
PET	: Pozitron emisyon tomografisi
PTSB	: Post Travmatik Stres Bozukluğu
SAB	: Sosyal Anksiyete Bozukluğu
Sd	: Serbestlik derecesi
SSGİ	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü
t	: Bağımsız gruplarda t testiyle elde edilen iki grubun karşılaştırılması skoru
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
z	: Bağımsız gruplarda Mann Whitney U testiyle iki grubun karşılaştırılması skoru

VI. TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: Goldberg'ın İnternet Bağımlılığı için Önerdiği Tanı Kriterleri	10
Tablo 2: Young'ın İnternet Bağımlılığı için Önerdiği Tanı Kriterleri	11
Tablo 3: Griffiths'e göre Bağımlı Davranış Ölçütleri.....	12
Tablo 4: Tao ve Arkadaşlarının Geliştirdiği İnternet Bağımlılığı Tanı Ölçütleri	13
Tablo 5: İnternet Oyunu Oynama Bozukluğu için DSM-5 Tarafından Önerilen Tanı Kriterleri	14
Tablo 6: Bilgisayar Oyun Türleri	17
Tablo 7: Davis'in Önerdiği Bilişsel Davranışçı Tedavide Atılması Gereken Adımlar ...	36
Tablo 8: Young'ın Önerdiği 12 Haftalık Tedavi Süresince Yapılacak Düzenlemeler ...	36
Tablo 9: İnternet ve Bilgisayar Oyun Bağımlılığı için Kısa Süreli Tedavi Programı.....	39
Tablo 10: BDT ve Basit Danışmanlık Grubundaki Ergenlerin İnternet Kullanımı ile İlgili Bulguları	55
Tablo 11: BDT ve Basit Danışmanlık Grubundaki Ergenlerin İnternet Kullanım Süreleri	56
Tablo 12: BDT ve Basit Danışmanlık Grubundaki Ergenlerin İnternet Kullanım Amaçları	57
Tablo 13: BDT ve Basit Danışmanlık Grubundaki Ergenlerin Oyun Türlerinin İncelenmesi	58
Tablo 14: İnternet Kullanımına Sınır Koyan Kişinin Kim Olduğuna İlişkin Ergen ve Annelerinin Görüşleri	59
Tablo 15: Annelerin Çocuk Yetiştirmeyle İlgili Genel ve İnternete Yönelik Tutumları	60
Tablo 16: Ergenlerin Ailesiyle Olan İlişkisine ve İnternet Kullanım Sonuçlarına Bakış Açısı.....	61
Tablo 17: Katılımcıların Anne ve Babalarının İnternet Kullanım Süreleri.....	62
Tablo 18: Katılımcıların Anne ve Babalarının Televizyon İzleme Süreleri	62
Tablo 19: Katılımcıların Anne ve Babalarının İnternet Kullanımının İşlevselliğe Etkisinin İncelenmesi.....	63

Tablo 20: BDT ve Basit Danışmanlık Grubunun Şimdiki Psikiyatrik Eş Tanılar Yönünden Karşılaştırılması	65
Tablo 21: BDT ve Basit Danışmanlık Uygulamasının Annelere göre Ergenlerin Hafta İçi İnternet Kullanım Süreleri Üzerine Etkisinin ANOVA ile İncelenmesi	66
Tablo 22: Ölçüm Haftalarına göre BDT ve Basit Danışmanlık Gruplarının Annelere göre Ergenlerin Hafta İçi İnternet Kullanım Süreleri Farkı için Yapılan MANCOVA Analizi.....	67
Tablo 23: BDT ve Basit Danışmanlık Uygulamasının Annelere göre Ergenlerin Hafta Sonu İnternet Kullanım Süreleri Üzerine Etkisinin ANOVA ile İncelenmesi .	68
Tablo 24: Ölçüm Haftalarına göre BDT ve Basit Danışmanlık Gruplarının Annelere göre Ergenlerin Hafta Sonu İnternet Kullanım Süreleri Farkı için Yapılan MANCOVA Analizi.....	69
Tablo 25: BDT ve Basit Danışmanlık Uygulamasının Ergenlere göre Hafta İçi İnternet Kullanım Süreleri Üzerine Etkisinin ANOVA ile İncelenmesi	70
Tablo 26: Ölçüm Haftalarına göre BDT ve Basit Danışmanlık Gruplarının Ergenlere göre Hafta İçi İnternet Kullanım Süreleri Farkı için Yapılan MANCOVA Analizi	71
Tablo 27: BDT ve Basit Danışmanlık Uygulamasının Ergenlere göre Hafta Sonu İnternet Kullanım Süreleri Üzerine Etkisinin ANOVA ile İncelenmesi.....	72
Tablo 28: Ölçüm Haftalarına göre BDT ve Basit Danışmanlık Gruplarının Ergenlere göre Hafta Sonu İnternet Kullanım Süreleri Farkı için Yapılan MANCOVA Analizi	73
Tablo 29: BDT ve Basit Danışmanlık Uygulamasının İnternet Bağımlılığı Ölçek Puanlarına Etkisinin ANOVA ile İncelenmesi	74
Tablo 30: Ölçüm Haftalarına göre BDT ve Basit Danışmanlık Gruplarının İnternet Bağımlılığı Ölçek Puanları Farkı için Yapılan MANCOVA Analizi	75
Tablo 31: BDT ve Basit Danışmanlık Uygulamasının Ergenler için Oyun Bağımlılığı Ölçek Puanları Üzerine Etkisinin ANOVA ile İncelenmesi	76
Tablo 32: Ölçüm Haftalarına göre BDT ve Basit Danışmanlık Gruplarının Ergenler için Oyun Bağımlılığı Ölçek Puanları Farkı için Yapılan MANCOVA Analizi.....	77
Tablo 33: BDT ve Basit Danışmanlık Uygulamasının Çocuklar için Depresyon Ölçeği Puanları Üzerine Etkisinin ANOVA ile İncelenmesi	78

Tablo 34: Ölçüm Haftalarına göre BDT ve Basit Danışmanlık Gruplarının Çocuklar için Depresyon Ölçek Puanları Farkı için Yapılan MANCOVA Analizi.....	79
Tablo 35: BDT ve Basit Danışmanlık Uygulamasının Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçek Puanları Düzeyleri Üzerine Etkisinin ANOVA ile İncelenmesi....	80
Tablo 36: Ölçüm Haftalarına göre BDT ve Basit Danışmanlık Gruplarının Çocuklar ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçek Puanları Farkı için Yapılan MANCOVA Analizi	81
Tablo 37: BDT ve Basit Danışmanlık Uygulamasının Turgay Ölçeği Dikkat Eksikliği Alt Ölçek Puanları Üzerine Etkisinin ANOVA ile İncelenmesi	82
Tablo 38: Ölçüm Haftalarına göre BDT ve Basit Danışmanlık Gruplarının Turgay Ölçeği Dikkat Eksikliği Alt Ölçek Puanları Farkı için Yapılan MANCOVA Analizi	83
Tablo 39: BDT ve Basit Danışmanlık Uygulamasının Turgay Ölçeği Hiperaktivite Alt Ölçek Puanları Üzerine Etkisinin ANOVA ile İncelenmesi	84
Tablo 40: Ölçüm Haftalarına göre BDT ve Basit Danışmanlık Gruplarının Turgay Ölçeği Hiperaktivite Alt Ölçek Puanları Farkı için Yapılan MANCOVA Analizi	85
Tablo 41: BDT ve Basit Danışmanlık Uygulamasının Turgay Ölçeği KOKG Alt Ölçek Puanları Üzerine Etkisinin ANOVA ile İncelenmesi	86
Tablo 42: Ölçüm Haftalarına göre BDT ve Basit Danışmanlık Gruplarının Turgay Ölçeği KOKG Alt Ölçek Puanları Farkı için Yapılan MANCOVA Analizi ...	87
Tablo 43: BDT ve Basit Danışmanlık Uygulamasının Turgay Ölçeği DB Alt Ölçek Puanları Üzerine Etkisinin ANOVA ile İncelenmesi	88
Tablo 44: Ölçüm Haftalarına göre BDT ve Basit Danışmanlık Gruplarının Turgay Ölçeği DB Alt Ölçek Puanları Farkı için Yapılan MANCOVA Analizi.....	89
Tablo 45: BDT ve Basit Danışmanlık Grubunda Yer Alan Annelerin Beck Anksiyete Ölçek Puanlarının ANOVA ile İncelenmesi.....	90
Tablo 46: BDT ve Basit Danışmanlık Grubunda Yer Alan Annelerin Beck Depresyon Ölçek Puanlarının ANOVA ile İncelenmesi.....	91
Tablo 47: BDT ve Basit Danışmanlık Grubunda Yer Alan Annelerin Aşırı Koruyucu Tutum Puanlarının ANOVA ile İncelenmesi.....	93

Tablo 48: BDT ve Basit Danışmanlık Grubunda Yer Alan Annelerin Aşırı Demokratik ve Eşitlik Tutum Puanlarının ANOVA ile İncelenmesi	94
Tablo 49: BDT ve Basit Danışmanlık Grubunda Yer Alan Annelerin Ev Kadınlığını Reddetme Tutum Ölçek Puanlarının ANOVA ile İncelenmesi	95
Tablo 50: BDT ve Basit Danışmanlık Gruplarında Yer Alan Annelerin Karı-Koca Geçimsizliği Tutum Ölçek Puanlarının ANOVA ile İncelenmesi	97
Tablo 51: BDT ve Basit Danışmanlık Grubunda Yer Alan Annelerin Otoriter Tutum Ölçek Puanlarının ANOVA ile İncelenmesi	98
Tablo 52: BDT ve Basit Danışmanlık Grubunda Kullanılan İlaçların Karşılaştırılması	99



VII. ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1: Haziran 2018 Internet World Stats Verilerine göre Dünyadaki İnternet Kullanıcılarının Bölgelere göre Dağılımı	6
Şekil 2: Ocak 2018 Tarihinde “We are social” adlı Araştırma Şirketi Tarafından Yayınlanan “Digital in 2018” Rapor Sonuçları	7
Şekil 3: Ocak 2018 Tarihinde “We are Social” adlı Araştırma Şirketi Tarafından Yayınlanan Türkiye’de İnternet, Sosyal Medya ve Mobil Kullanıcı Sayısı..	7
Şekil 4: 2008 ile 2017 Yılları Arasında İnternet Erişimi olan Hane Oranı ile Bilgisayar ve İnternet Kullanımı Oranları	8
Şekil 5: Normal ve Sorunlu İnternet Kullanımı, İnternet Bağımlılığı Arasındaki İlişki	9
Şekil 6: PEGI Tanımlayıcı Simgeleri	19
Şekil 7: Eğlence Yazılımları Derecilendirme Kurulu Sembolleri ve Açıklamaları .	20
Şekil 8: Annelere göre Ergenlerin Hafta İçi İnternet Kullanım Sürelerinin Grupların Ölçümlerine göre Değişimi.....	67
Şekil 9: Annelere Göre Ergenlerin Hafta Sonu İnternet Kullanım Sürelerinin Grupların Ölçümlerine göre Değişimi	69
Şekil 10: Ergenlere göre Hafta İçi İnternet Kullanım Sürelerinin Grupların Ölçümlerine göre Değişimi.....	71
Şekil 11: Ergenlere göre Hafta Sonu İnternet Kullanım Sürelerinin Grupların Ölçümlerine göre Değişimi.....	73
Şekil 12: Ergenlerin İnternet Bağımlılığı Ölçek Puanlarının Grupların Ölçümlerine Göre Değişimi	75
Şekil 13: Ergenler için Oyun Bağımlılığı Ölçek Puanlarının Grupların Ölçümlerine Göre Değişimi	77
Şekil 14: Çocuklar için Depresyon Ölçek Puanının Grupların Ölçümlerine Göre Değişimi	79
Şekil 15: Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçek Puanlarının Grupların Ölçümlerine Göre Değişimi	81

Şekil 16: Turgay Ölçeği Dikkat Eksikliği Alt Ölçek Puanlarının Grupların Ölçümlerine Göre Değişimi.....	83
Şekil 17: Turgay Ölçeği Hiperaktivite Alt Ölçek Puanlarının Grupların Ölçümlerine Göre Değişimi.....	85
Şekil 18: Turgay ölçeği KOKG Alt Ölçek Puanlarının Grupların Ölçümlerine Göre Değişimi.....	87
Şekil 19: Turgay ölçeği DB Alt Ölçek Puanlarının Grupların Ölçümlerine Göre Değişimi.....	89
Şekil 20: Annelerin Anksiyete Puan Düzeylerinin Grupların Ölçümlerine Göre Değişimi.....	91
Şekil 21: Annelerin Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Grupların Ölçümlerine Göre Değişimi.....	92
Şekil 22: Annelerin Aşırı Koruyucu Tutum Ölçek Puanlarının Grupların Ölçümlerine göre Değişimi.....	93
Şekil 23: Annelerin Demokratik ve Eşitlik Tutum Ölçek Puanlarının Grupların Ölçümlerine göre Değişimi.....	95
Şekil 24: Annelerin Ev Kadınlığını Reddetme Tutum Ölçek Puanlarının Grupların Ölçümlerine göre Değişimi.....	96
Şekil 25: Annelerin Karı Koca Geçimsizliği Tutum Ölçek Puanlarının Gruplardaki Ölçümlerine Göre Değişimi.....	97
Şekil 26: Annelerin Otoriter Tutum Ölçek Puanlarının Grupların Ölçümlerine göre Değişimi.....	99

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Son on yılda yaygınlığı katlanarak büyümekte olan internet; küresel iletişim, bilgiye erişim ve eğlence aracı olarak kullanılması nedeniyle günlük yaşamın ayrılmaz bir parçası olmakla beraber sorunlu kullanıldığında günlük işleyiş, kişilerarası ilişkiler ve duygusal iyilik üzerine olumsuz etkilere neden olmaktadır (1).

“Patolojik internet kullanımı”, “aşırı internet kullanımı”, “uygun olmayan internet kullanımı” gibi farklı biçimlerde isimlendirilen internet bağımlılığı, internetin aşırı kullanılması isteğinin engellenememesi, zaman içerisinde internette geçirilen zamanın arttırılmasına daha fazla ihtiyaç duyulması, internet olmadan geçirilen vaktin önemsiz bir hal alması, yoksun kalındığında gerginlik, sinirlilik ve huzursuzluk gibi durumların ortaya çıkması ve bireyin aile, iş ve sosyal hayatının giderek bozulması olarak tarif edilmektedir (2,3).

İnternet Oyun Oynama Bozukluğu, DSM-5’te “İleri Araştırma Gerektiren Durumlar” başlığı altında III. bölüme dahil edilmiştir (4). Dünya sağlık örgütü (WHO), “Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması” (International Classification of Diseases-ICD) el kitabının 11. baskısında davranışsal bağımlılıklar başlığı altında “Oyun Oynama Bozukluğu” olarak yer verilmiştir (5).

İnternet oyun oynama bozukluğu, aşırı ve ileri derecede uzamış internet oyunu oynama paternidir ve aşırı oyun oynama konusunda ilerleyici kontrol kaybı, tolerans, çekilme belirtileri gibi madde kullanım bozukluklarına benzer bir takım bilişsel ve davranışsal bulgular içermektedir (4). ICD-11’de Oyun Oynama Bozukluğu, bireyin oyun oynama üzerinde kontrol yetisinin bozulması, oyun oynamanın artan şekilde bireyin günlük aktivitelerinin yerini alması ve olumsuz sonuçlarına rağmen oyun oynamaya devam etmesi ile karakterize olan bir davranış örüntüsü şeklinde tanımlanmaktadır (5). İOOB, bireylerin akademik performansını, kişilerarası ilişkilerini ve sağlık durumunu tehlikeye atan, zorlayıcı ve kontrolsüz oyun oynama olarak tanımlanan davranışsal bir bağımlılık olarak görülmektedir (6).

İnternet oyun oynama bozukluğu, farklı ülkelerde çok çalışılan bir konu olmakla birlikte kültürel ve genetik değişkenlerin yanında kullanılan ölçek ve tanı kriterleri arasındaki farklılıklar, prevelans çalışmalarında aynı ülke içinde bile birbirinden çok farklı oranlarda sonuçlar elde edilmesine neden olmak olmaktadır (7,8). Yapılan araştırmalar ergenlerde İOOB prevelansını Asya ülkelerinde %10-15, batı ülkelerinde %1-10, Güney Amerika ve Afrika ülkelerinde %1-9 arasında bildirmektedir (9). Türkiye’de İOOB prevelansı ile ilgili yapılan çalışmalar kısıtlı olmakla beraber, Yeşilay’ın 2017 yılında oyun amaçlı problemlili internet kullanımı üzerine gerçekleştirdiği bir çalışmada İstanbul ili genelinde 12-19 yaş arası 6116 gencin %8.5’inin problemlili düzeyde bilgisayar oyun oynama davranışı gösterdiği bildirilmiştir (7). İOOB, her yaşta görülebilecek bir bağımlılık türü olmakla birlikte, özellikle 12-18 yaş aralığının riskli dönem olduğu belirtilmektedir (4).

Bağımlılık düzeyinde olan internet kullanımı, bireyin hem fiziksel hem de ruhsal sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir. Aşırı oyun oynama davranışının yalnızlık, düşük yaşam doyumu, saldırganlık, şiddet eğilimi, düşmanca duygularda artış, şiddete karşı duyarsızlaşma, olumlu sosyal davranışlarda azalma ve dikkat sorunları gibi psikosozal sorunlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (10). Aynı zamanda, aşırı internet kullanımı derslerden düşük not alma, dönem uzatma ve okuldan uzaklaştırılma gibi ciddi akademik sorunlara neden olabilmektedir (11-13). Problemlili oyun oynayan çocukların ailelerinde daha fazla aile içi çatışma ve ailevi problemlerin görüldüğü ve bu çocukların daha az arkadaşla sahip olduğu bildirilmiştir (14).

İnternet oyun oynama bozukluğunun belirlenmesi ve tedavi edilmesinde risk faktörlerini tanımlamak önemli yer tutmaktadır. Dürtüsellik, endişe, oyun oynamak için para harcanması, hafta içi oyun oynama süresinin uzunluğu, sosyal aktivitelere katılımın olmaması ve oyun topluluklarına üyeliğin olması gibi faktörler İOOB ile anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur (13,15,16). Bununla birlikte kültürel, sosyoekonomik ve ailesel özelliklerin, sosyal fobi, depresyon, DEHB gibi psikiyatrik hastalıkların ve oynanan oyunun özelliklerinin de İOOB gelişimine katkıda bulunduğu bildirilmiştir (17). Çocuk ve ergenlerin yaşamı üzerine olan bu olumsuz etkiler dikkate alındığında İOOB’nin gelişmesini engellemek için koruyucu ruh

sağlığı önlemlerinin alınması, risk faktörlerinin belirlenmesi ve İOOB geliştikten sonrada erken dönemde müdahale edilmesi önemlidir.

İnternet oyun oynama bozukluğunun tedavisi ile ilgili araştırmalara bakıldığında bu alandaki çalışmaların sınırlı olduğu, bu bozukluğa özgü geliştirilmiş ve etkinliği kanıtlanmış bir tedavi protokolünün halen bulunmadığı dikkat çekmektedir. Mevcut İOOB tedavisi ile ilgili yapılan çalışmalar daha çok internet bağımlılığı için kullanılan müdahale tekniklerini veya bu tür tekniklerin İOOB'ye uyarlanmış şeklini içermektedir (18). Bununla birlikte son dönem yapılan çalışmalar, internet bağımlılığı tedavisinde en iyi yaklaşımın bireysel yaklaşım olduğunu ve psikoterapi ile psikofarmakoterapinin kombinasyonun en etkili tedavi şekli olduğunu göstermektedir (19).

İnternet oyun oynama bozukluğu sıklıkla başka bozukluklarla birlikte görüldüğünden, eşlik eden psikiyatrik bozukluğun öncelikle tedavi edilmesi önerilmektedir. Eğer İOOB başka bir psikiyatrik bozukluğun belirtisi değil ise, dürtü kontrol bozukluğuna benzer bir bozukluk olarak düşünülmesi nedeniyle seçilecek olan farmakoterapinin duygudurum düzenleyicisi ya da selektif geri alım inhibitörü (SSGİ) olması iyi bir seçenek olarak görülmektedir (20). Psikoteraplere bakıldığında Bilişsel Davranışçı Tedavinin (BDT), İOOB tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir. İOOB tedavisinde BDT, internet kullanımını kontrol etmek için davranış modifikasyonu, bağımlılığa yol açan bilişsel çarpıtmaları tanımlamak, değiştirmek, bilişsel yeniden yapılandırma ve bunlarla ilişkili eş zamanlı sorunları ele almak ve tedavi etmek şeklindeki aşamalardan oluşmaktadır (21–23).

Bilimsel çalışmalar göstermektedir ki İOOB çocuk ve ergenlerin yaşamını olumsuz yönde etkileyen ve etkin şekilde tedavi edilmesi gereken bir psikiyatrik bozukluktur. Şimdiye kadar yapılan çalışmalarda tedavi etkinliğini belirleyen faktörler arasında psikiyatrik eş hastalanım ve BDT şekli bildirilmekle beraber halen tedaviye cevabın yordayıcıları konusunda kısıtlı sayıda çalışma mevcuttur. Öte yandan İOOB ile takip edilen çocuk ve ergenlerin ciddi bölümünde tedaviye yanıtızlık görülmektedir.

Araştımadaki amacımız, İOOB tanısı alan ergenlerde tedavi yanıtını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, bu sayede İOOB olan ergenlerin tedavisinde daha iyi noktalara gelinmesidir. Böylece yaşamın erken döneminde İOOB nedeniyle okul hayatı, sosyal yaşamı ve aile ilişkileri etkilenen ergenlerin daha etkin şekilde tedavi edilebilmesi için klinisyenlere yol gösterilmesi amaçlanmıştır.

Araştırma hipotezimiz; psikiyatrik eş hastalanım, ebeveyn tutumu, anksiyete ve depresyon düzeyi, tedavi şekli ve kontrol sıklığının İOOB olan çocuk ve ergenlerde tedavi yanıtını etkileyen faktörler arasında olduğu yönündedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. İNTERNET

2.1.1. Tanım ve Tarihçesi

İnternet, kelime olarak Interconnected Networks (kendi içinde bağlantılı olan ağlar) kelimelerinin, inter ve net harflerinin, bir araya getirilmesiyle oluşturulmuştur (24).

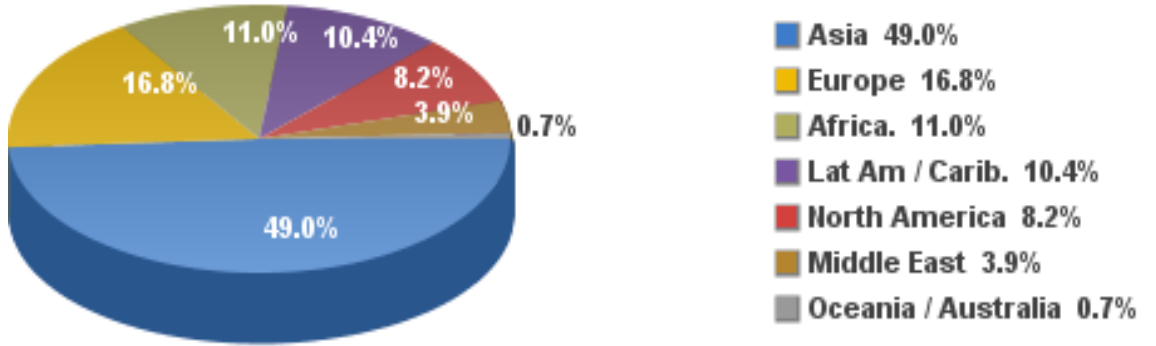
İnternetin ilk ortaya çıkışı, 1957’de Sovyetlerin ilk yapay dünya uydusu olan Sputnik’i fırlatmaları üzerine Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Savunma Bakanlığı tarafından, bilim ve teknolojinin orduya en iyi şekilde uygulanması için kurulan ARPA (Advanced Research Projects Agency) projesi ile başlamıştır (20). 1969 yılında Amerikan Hava Kuvvetleri Savunma Bakanlığının ARPANET isimli ilk bilgisayar ağını tasarlamıştır. 1970’de MIT (Massachusetts Institute of Technology) ve Harvard Üniversitesi bu ağa dahil olurken, 1971 yılında Amerikan Uzay ve Havacılık Dairesi (NASA) gibi birçok kuruluş ve kurum bu ağa katılmıştır ve liste her geçen gün büyümeye devam etmiştir (24). 1979’da IBM (International Business Machines) şirketi tarafından ilk bilgisayar haber grubu olan BITNET sistemi oluşturulmuştur. 1980’lerde soğuk savaşın etkisini yitirmesinden sonra akademik ve ticari çevreler bu bilgisayar sistemine ilgi göstermeye başlamıştır (20). İlk internet omurga ağının oluşturulması ise 1986 NSFNet (National Science Foundation-Ulusal Bilim Vakfı) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu süreci takiben, internetin halka açık hale gelmesi 1989 yılından sonra olmuş ve internetin ticari anlamdaki gelişimi ise 1991 yılından sonra başlamıştır (25).

Aynı yıllarda, internetin Türkiye’ye gelişi sürecine bakılacak olursa; ilk geniş alan ağının, 1986 yılında tesis edilen EARN (European Academic and Research Network)/BITNET (Because It's Time Network) bağlantılı TÜVEKA (Türkiye Üniversiteler ve Araştırma Kurumları Ağı) olduğu görülmektedir. İlerleyen yıllarda bu ağın hat kapasitesinin yetersiz kalması ve teknolojik açıdan ihtiyaçlara cevap vermemeye başlaması üzerine, 1991 yılı sonlarına doğru Orta Doğu Teknik

Üniversitesi (ODTÜ) ve Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK), internet teknolojilerini kullanan yeni bir ağın tesis edilmesi yönünde bir proje başlatmıştır (25). Bu hat, uzun bir süre için, ülkenin tek çıkış kaynağı olmuş ve internet Türkiye’de öncelikle akademik çevrelerde yaygınlaşmaya başlamıştır. Ardından Ege üniversitesi (1994), Bilkent Üniversitesi (1995), Boğaziçi Üniversitesi (1996) ve İstanbul Teknik Üniversitesi (1996) internet bağlantılarını gerçekleştirmiştir (26).

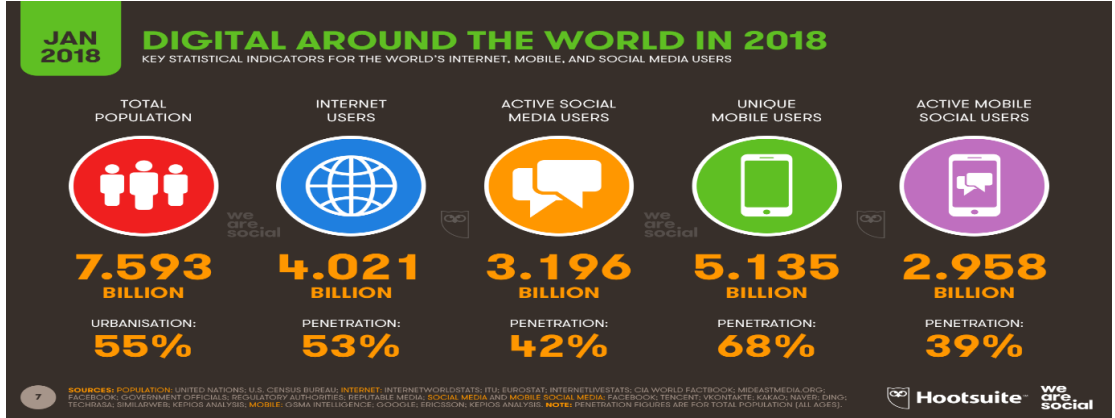
2.1.2. Türkiye’de ve Dünyada İnternet Kullanımı

Dünyadaki internet kullanıcı sayısının Uluslararası Telekomünikasyon Birliği (International Telecommunication Union-ITU) verilerine göre Haziran 2018’de 4 milyara ulaştığı görülmektedir. İnternet kullanıcı sayısının dünyadaki bölgelere göre dağılımına bakıldığında, Asya % 49’unu, Avrupa % 16.8’ini, Afrika %11’ini, Latin Amerika % 10.4’ünü, Kuzey Amerika % 8.2’sini, Orta Doğu % 3.9’unu, Okyanusya/Avustralya % 0.7’sini temsil etmektedir (27) (Şekil 1).



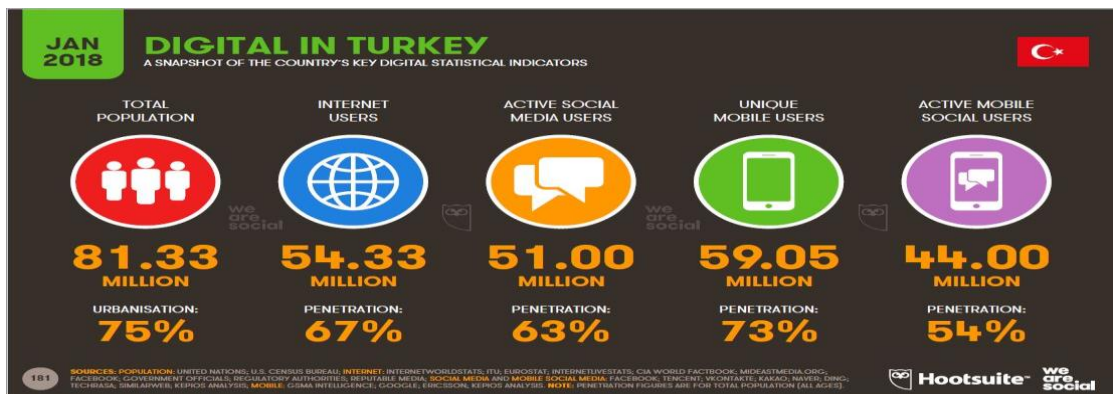
Şekil 1: Haziran 2018 İnternet World Stats Verilerine göre Dünyadaki İnternet Kullanıcılarının Bölgelere göre Dağılımı

Ocak 2018 tarihinde “ We are social” adlı araştırma şirketi tarafından yayınlanan Türkiye’yi de kapsayan 30 ülkenin dahil edildiği “ Digital in 2018” raporuna göre 7.593 milyar olan dünya nüfusundan internete bağlanan insan sayısı 4.021 milyar (%53), sosyal medyayı aktif kullanan kişi sayısı 3.16 milyar (%42), mobil cihaz kullanıcısı sayısı 5.135 milyar (%68), mobil cihaz üzerinden sosyal medyayı kullananların sayısı ise 2.958 milyar (%39) olarak bulunmuştur (28) (Şekil 2).



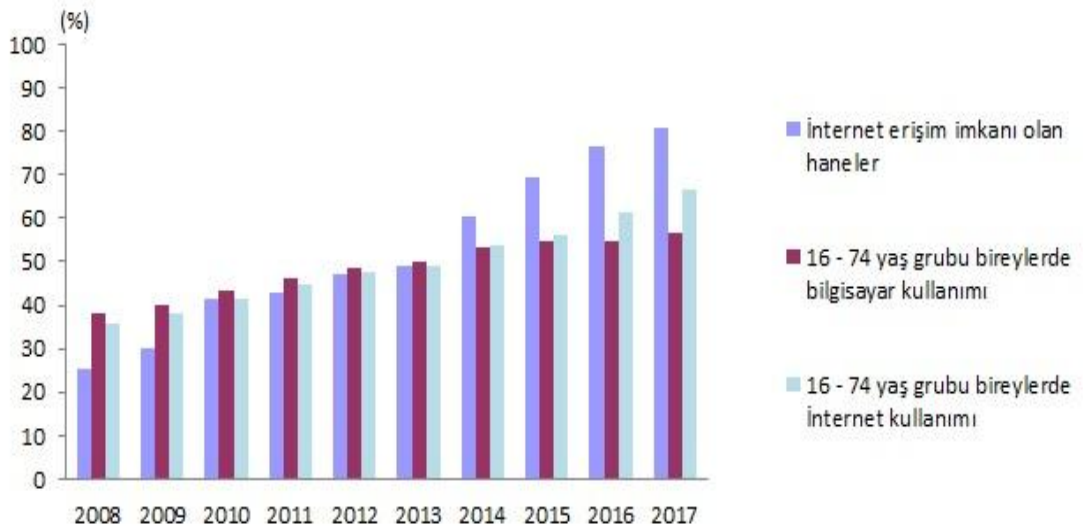
Şekil 2: Ocak 2018 Tarihinde “We are social” adlı Araştırma Şirketi Tarafından Yayınlanan “Digital in 2018” Rapor Sonuçları (28)

81 milyon nüfusa sahip ülkemizde internet kullanıcılarının sayısı 54.3 milyon (%67), sosyal medyayı aktif olarak kullanıcı sayısı 51 milyon (%63), mobil cihaz kullanıcı sayısı 59 milyon (%73), mobil cihaz üzerinden sosyal medyayı kullananların sayısı 44 milyon (%54) bulunmuştur (28) (Şekil 3). Türkiye’deki yıllık dijital değişim istatistiklerine baktığımızda son 1 yılda internet kullanıcı sayısının 6 milyon, aktif sosyal medya kullanıcı sayısının ve mobil cihaz kullanıcı sayısının 3 milyon, mobil cihaz üzerinden sosyal medyayı kullananların sayısının 2 milyon arttığı gösterilmiştir. Ülkemizdeki internet kullanıcıların ortalama 7 saat internete bağlandıkları ve bunun 2 saat 48 dakikasının sosyal medyada geçirdikleri bildirilmiştir (28).



Şekil 3: Ocak 2018 Tarihinde “We are Social” adlı Araştırma Şirketi Tarafından Yayınlanan Türkiye’de İnternet, Sosyal Medya ve Mobil Kullanıcı Sayısı (28)

Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması'na göre 16-74 yaşları arasında bilgisayar ve internet kullanım oranları 2016 yılında sırasıyla %54.9 ve %61.2, 2017 yılında bu oranlar artmış olup %56.6 ve %66.8 olarak bulunmuştur. Bu oranlar erkeklerde %65.7 ve %75.1 iken, kadınlarda %47.7 ve %58.7'dir. Türkiye genelinde internet erişim imkanına sahip hanelerin oranı 2016 yılı Nisan ayında % 76,3 2017 yılının aynı ayında % 80.7 olarak belirlenmiştir (29) (Şekil 4).



Şekil 4: 2008 ile 2017 Yılları Arasında İnternet Erişimi olan Hane Oranı ile Bilgisayar ve İnternet Kullanımı Oranları (29)

2.2. İNTERNET BAĞIMLILIĞI

2.2.1. İnternet Bağımlılığı Tanımı

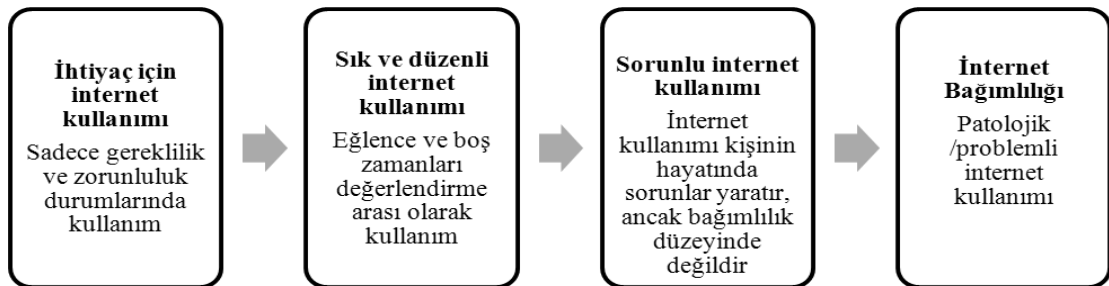
İnternetin iletişimi oldukça kolay bir hale getirmesi, her tür bilgiye kolayca ulaşılmasını sağlaması ve eğlenceli vakit geçirme olanakları sunması gibi olumlu sayılabilecek özelliklerin yanında internetin sorunlu kullanımı sosyal iletişimde azalma, izolasyon, suça eğilim ve bağımlılık gibi olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (30).

İnternet bağımlılığı, kişilerin zamanlarının büyük kısmını internette geçirmeleri, tekrarlayan ve sürekli internet kullanımı ve internet kullanımını durduramama ile karakterizedir (31). Young, internet bağımlılığını internetin aşırı

kullanılması isteğinin önüne geçilememesi, internette geçirilen sürenin giderek artması, internete bağlı olmadan geçirilen zamanın önemini yitirmesi, internetten uzak kalındığında aşırı sinirlilik, gerginlik, huzursuzluk gibi hallerin ortaya çıkması ve kişinin iş, sosyal ve ailevi hayatı gibi işlevsellik alanlarının bozulması şeklinde tanımlamaktadır (3).

Bağımlılık kavramı genellikle alkol, esrar, kokain, eroin gibi kimyasal madde kullanımı ile ilişkili kullanılsa da kumar, seks, alışveriş, televizyon izleme, bilgisayar oyunları oynama gibi kimyasal olmayan pek çok davranışsal bağımlılık da bulunmaktadır (32). Davranışsal bağımlılıklar da tıpkı alkol-madde bağımlılıklarında olduğu gibi bağımlılığın ana bileşenleri olan fiziksel ve psikolojik bağımlılık belirtileri (zihinsel meşguliyet, duygudurum değişikliği, tolerans, yoksunluk, kişilerarası çatışma ve tekrarlama), akademik başarısızlık, iş hayatı ve sosyal yaşamının bozulması gibi olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (32,33).

İnternet kullanımının düzeyi düşükten yükseğe doğru şu aşamalardan oluşmaktadır: ilk aşama olan “ihtiyaç için internetin kullanımı” aşamasında kişi sadece gereklilik ve zorunluluk durumlarında interneti kullanırken, “sık ve düzenli internet kullanımı” aşamasında kişi interneti bir eğlence aracı olarak boş zamanları için kullanmaktadır. İnternet kullanımının kişinin hayatında sorunlar yarattığı ancak bağımlılık düzeyinde olmadığı “sorunlu internet kullanımı” aşamasında “internet kötüye kullanımı” terimi de kullanılmaktadır (34). İnternet kullanımının en yoğun düzeyde olduğu “internet bağımlılığı” yerine “patolojik internet kullanımı”, “aşırı internet kullanımı”, “uygun olmayan internet kullanımı” “kompulsif internet kullanımı” ve “siber bağımlılık” gibi terimler de kullanılmaktadır (2,34) (Şekil 5).



Şekil 5: Normal ve Sorunlu İnternet Kullanımı, İnternet Bağımlılığı Arasındaki İlişki (34).

2.2.2. Tanısal Ölçütler

Literatürde internet bağımlılığı için farklı terimlerin kullanılması, internet bağımlılığı için yapılan tanımların ve tanı kriterlerinin birbirinden farklı olmasına neden olduğu görülmektedir. “İnternet bağımlılığı” terimini ilk kullanan kişi olan Goldberg (1996) Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından 1994’te yayınlanan “Ruhsal Bozukluklar Tanı ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-4)”te yer alan madde bağımlılığı tan ölçütleri temel alınarak tanımlamıştır (35) (Tablo 1).

Tablo 1: Goldberg’ın İnternet Bağımlılığı için Önerdiği Tanı Kriterleri (35)

A. On iki aylık bir dönem içinde herhangi bir zaman ortaya çıkan aşağıdakilerin 3’ü veya daha fazlası ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya veya sıkıntıya yol açan uygunsuz internet kullanımı. 1. Aşağıdakilerden biriyle tanımlanan tolerans gelişimi. a. İstenen keyfin alınabilmesi için belirgin olarak artmış internet kullanım süresi. b. Sürekli olarak aynı sürelerde internet kullanımı ile alınan keyifte azalma olması. 2. Aşağıda tanımlanan şekilde yoksunluk gelişmesi. Ağır ve uzun süreli internet kullanımı sonunda aşağıdakilerden en az 2 tanesinin günler içinde ortaya çıkması (1 ay içinde ortaya çıkabilir) ve kişinin bunlardan dolayı iş, sosyal ve önemli işlevsel alanlarda sıkıntı yaşamaması. a. Psikomotor ajitasyon. b. Bunaltı. c. İnternette neler olduğu hakkında takıntılı düşünceler. d. İnternet hakkında fanteziler ve hayal kurma. e. İsteyerek ya da istemeyerek tuşlara basma hareketi yapma. f. Bu sıkıntılı durumdan kurtulmak için internete ya da benzer servislere bağlanma. 3. İnternet kullanımı genellikle planlandığından daha uzun süreler alır. 4. İnternet kullanımını bırakmak veya denetim altına almak için sürekli bir istek veya boşa çıkan çabalar vardır. 5. İnternet ile ilgili eylemlere çok uzun süreler ayrılır (kitap almak, yeni tarayıcılar ve programlar indirmek, dosyaları düzenlemek vb.). 6. İnternet kullanımı nedeniyle önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinlikleri bırakılır ya da azaltılır. 7. İnternet kullanımı yol açtığı sorunlara (uykusuzluk, evlilik problemleri, işe ve randevulara geç kalma vb.) rağmen aşırı olarak devam eder.
--

Daha sonraları bu durumu tanımlamak için “kompulsif internet kullanımı” (36), “internet bağılılığı” (37), “patolojik internet kullanımı” (38), “problemlili internet kullanımı” (39), “sanal bağımlılık” (40), “internet davranış bağımlılığı” (41) olmak üzere, çeşitli terimler farklı araştırmacı ve klinisyenler tarafından kullanılmıştır.

İnternet bağımlılığını başlı başına psikiyatrik bir bozukluk olarak tanımlamaya çalışan Young (1996), patolojik internet kullanımı olanlarda davranışsal bir dürtü kontrol bozukluğu olduğunu düşündüğünden, internet bağımlılığına en yakın bozukluğun DSM IV’te dürtü kontrol bozuklukları başlığı altında yer alan “patolojik kumar oynama” tanı kriterlerini yeniden düzenleyerek internet bağımlılığı için bir özdeğerlendirme soru listesi (self- report questionnaire) geliştirmiştir. Young’un tanımladığı 8 ölçütten 5 tanesinin karşılanması durumunda kişi internet bağımlısı olarak değerlendirilmiştir. Bu ölçek uygulanabilir bir internet bağımlılığı ölçüsü sağlarken, ölçeğin klinik faydasını belirlemek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir (33) (Tablo 2).

Tablo 2: Young’ın İnternet Bağımlılığı için Önerdiği Tanı Kriterleri (33)

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. İnternet ile ilgili aşırı zihinsel uğraş (sürekli olarak interneti düşünme, internette yapılan aktivitelerin hayalini kurma, internette yapılması planlanan bir sonraki etkinliği düşünme, vb.),2. İstenilen keyfi almak için giderek daha fazla oranda internet kullanma ihtiyaç duyma,3. İnternet kullanımını kontrol etme, azaltma ya da tamamen bırakmaya yönelik başarısız girişimlerin olması,4. İnternet kullanımının azaltılması ya da tamamen kesilmesi durumunda huzursuzluk, çökkünlük ya da kızgınlık hissedilmesi,5. Başlangıçta planlanandan daha uzun süre internette kalma,6. Aşırı internet kullanımı nedeniyle aile, okul, iş ve arkadaş çevresiyle sorunlar yaşama, eğitim veya kariyer ile ilgili bir fırsatı tehlikeye atma ya da kaybetme,7. Aile bireylerine, terapisteye veya başkalarına internette kalma süresi ile ilgili yalan söyleme,8. İnterneti problemlerden kaçmak veya olumsuz duygulardan (örn: çaresizlik, suçluluk, çökkünlük, anksiyete) uzaklaşmak için kullanma. |
|---|

Griffiths (1999) internet bağımlılığını teknolojik bağımlılığının bir çeşidi olarak değerlendirmiş ve Tablo 3’de belirtilen ölçütleri karşılayan davranışı “bağımlı davranış” olarak tanımlamıştır (42).

Tablo 3: Griffiths’e göre Bağımlı Davranış Ölçütleri (42)

- 1.Dikkat çekme:** Belirli bir eylem, kişinin yaşamında ya da düşüncelerinde en önemli şey haline geldiğinde ortaya çıkar. Düşüncelere (zihinsel meşguliyet ya da bilişsel çarpıtma), duygulara ve davranışa hakim olur (örn: internet kullanıcıları, internette olmasalar bile bağlanacakları zamanı düşünürler).
- 2.Duygudurum değişikliği:** Bu durum, belirli bir etkinlik ile uğraşma sonucu kişinin belirttiği öznel deneyimlerdir ve bir baş etme stratejisi olarak görülebilir (örn: internete bağımlı kişilerde, internete bağlandıklarında bir “canlanma” görülmektedir).
- 3.Tolerans:** İstenen etkiyi yaşamak için, özel eylemin miktarının artırılması ya da bu aktivite için harcanan zamanın giderek artırılması süreci (örn: bir internet kullanıcısının başlangıçta daha az sürede elde ettiği duygudurumunu elde edebilmesi için internette kaldığı süreyi arttırması).
- 4.Yoksunluk:** Bunlar belirli bir eylem devam etmediğinde ya da aniden kesildiğinde ortaya çıkan, hoş olmayan duygular ya da fiziksel belirtilerdir (örn: bir internet kullanıcısının internete girmesi engellendiğinde titreme, huzursuzluk, sinirlilik yaşaması).
- 5.Çatışma:** Bağımlı kişiler ile çevresindekiler arasındaki kişilerarası çatışmalar, iş, sosyal yaşam ve hobilerde yaşanan değişikliklerdir.
- 6.Nüks:** Belli bir aktivitenin daha önceki örüntüleriyle tekrar oluşması eğilimidir ve yıllar süren kaçınma ya da kontrolden sonra tekrar bağımlılığın en uç düzeyine dönülmesidir.

Tao ve arkadaşları (2010), internet bağımlılığı tanısal kriterlerini semptom (yedi klinik belirti), işlevsellikte bozulma (fonksiyonel ve psikososyal), süre (en az 3 ay devam etmesi ve günlük internet kullanımının en az 6 saat olması) ve dışlama (psikotik ve bipolar bozukluk) şeklinde uyarlamıştır (43) (Tablo 4).

Tablo 4: Tao ve Arkadaşlarının Geliştirdiği İnternet Bağımlılığı Tanı Ölçütleri (43)

(a) Semptom kriteri

Aşağıdakilerden hepsi olmalıdır:

1. İnternetle ilgili aşırı zihinsel uğraş (bir önceki çevrimiçi aktiviteyi düşünme veya bir sonraki aktiviteyi ipte çekme).
2. Çekilme belirtileri, internetin kesilmesinden birkaç gün sonra disfori, anksiyete, irritabilite veya sıkılma hissinin olması.

Aşağıdakilerden en az biri (veya daha fazlasının) olması:

1. Tolerans, doyum sağlama amacıyla internet kullanımında belirgin artışın olması.
2. İnternet kullanımını bırakmak veya denetim altına almak için sürekli bir istek ya da başarısız çabaların olması.
3. İnternet kullanımının yol açtığı devamlı veya tekrarlayıcı fiziksel veya psikolojik bir probleme rağmen aşırı kullanıma devam edilmesi.
4. Kullanımın direk bir sonucu olarak internet dışındaki aktivitelere ilgi ve istek kaybı.
5. İnterneti disforik duygudurumdan (örn: çaresizlik, suçluluk, kaygı) kaçmak veya rahatlamak için kullanma.

(b) Dışlama kriteri

Aşırı internet kullanımı psikotik bozukluk veya bipolar I bozukluk ile daha iyi açıklanamaz.

(c) Klinik olarak önemli derecede bozulma kriteri

Önemli bir ilişki, iş, eğitimsel veya mesleki fırsatları kaybetmeyi de içerek şeklide işlevsel bozulmalar (azalmış sosyal, akademik, çalışma kapasitesi).

(d) Süre kriteri

İnternet bağımlılığı günlük en az 6 saat kullanım ile (iş/akademik amaçlı kullanım hariç) en az 3 ay sürmelidir.

2.3. İNTERNET OYUN OYNAMA BOZUKLUĞU

2.3.1. Tanımı ve Tanısal Ölçütler

Otuz yılı aşkın bir zamandır dünyanın gündeminde yer tutmaya başlayan video ve bilgisayar oyun bağımlılığı, internet oyunlarının yaygınlaşmasıyla birlikte son yirmi yıldır tüm dünyada hızla yaygınlaşan bir halk sağlığı sorunu halini almıştır (44). Özellikle ergenler ve genç erişkinlerde internet oyunlarının sorunlu düzeyde kullanımı oyun başında geçirilen sürenin giderek arttığı, oyun nedeniyle görev ve sorumluluklarının ihmal edildiği, oyundan ayrılmanın huzursuzluk, sinirlilik gibi durumlara neden olduğu, sosyal izolasyon, oyunla ilgili aşırı zihinsel meşguliyetin eşlik ettiği bir tablonun ortaya çıkmasına neden olmaktadır (45).

Dünya genelinde farklı ülkelerde gerçekleştirilen epidemiyolojik çalışmaların artmasıyla birlikte APA tarafından geliştirilen ve Mayıs 2013'te yayımlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5 (DSM-5)'in üçüncü kısmında İOOB “ileri araştırma gerektiren durumlar” başlığı altında sınıflandırılmıştır (4). İOOB için DSM-5'te önerilen tanı kriterleri Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5: İnternet Oyunu Oynama Bozukluğu için DSM-5 Tarafından Önerilen Tanı Kriterleri (4)

Son 12 aylık dönemde aşağıdakilerden en az 5'i ile karakterize olan klinik olarak önemli derecede bozulma ve strese yol açan süreğen ve tekrarlayıcı şekilde, sıklıkla diğer oyuncuları da içeren oyunlara katılmak için interneti kullanma durumu.

1. İnternet oyunları ile zihinsel uğraş (Kişi önceki oyun etkinliği hakkında düşünür veya bir sonraki oyunu oynama beklentisi içindedir; internet oyunu günlük hayatta baskın etkinlik haline gelir).
2. İnternet oyun oynamadan uzaklaşıldığında ortaya çıkan yoksunluk belirtileri (Bu semptomlar tipik olarak çabuk kızma, kaygı veya mutsuzluk olarak tanımlanır fakat farmakolojik yoksunluğun herhangi bir fiziksel belirtisi yoktur).
3. Tolerans gelişimi - internet oyunlarına giderek artan miktarda zaman ayırma ihtiyacı duyma.
4. İnternet oyunlarına katılmayı kontrol etme girişimlerinde başarısızlık.
5. İnternet oyunları sonucunda, internet oyunları hariç, geçmişteki hobilere ve eğlencelere ilgi kaybı.
6. Psikososyal problemlerin varlığının kabul edilmesine rağmen, internet oyunlarının aşırı kullanımının devam etmesi.
7. İnternette oyun oynamanın miktarı hakkında aile üyelerini, terapistleri veya diğerlerini kandırmak.
8. Olumsuz bir duygudurumu hafifletmek veya kaçmak için internet oyunlarının kullanımı (örn. çaresizlik, suçluluk, anksiyete).
9. İnternet oyunlarına katılmaktan dolayı önemli bir ilişkinin, işin, eğitimin veya kariyer imkanlarının tehlikeye atılması veya kaybı.

Not: Sadece kumar içermeyen internet oyunları bu bozuklukta yer alabilir. İş ya da profesyonel yaşamdaki internet kullanımı, aktivite için ya da sosyal olarak internet kullanımı bu tanıma girmez. Benzer olarak cinsel içerikli internet siteleri bu grup içinde yer almaz.

En son ağırlığın belirlenmesi: Normal aktivitelerin aksaması ya da bölünmesinin derecesine göre internet oyunu oynama bozukluğu hafif, orta veya ağır derecede olabilir. Daha hafif internet oyunu oynama bozukluğuna sahip bireyler daha az bulgu sergileyebilirler ve hayatları daha az sekteye uğrayabilir. Ağır internet oyunu oynama bozukluğu olan kişiler bilgisayarda daha fazla vakit geçirebilir ve sosyal ilişki veya eğitim ile ilişkili daha fazla fırsat kaçırabilir.

İnternet oyun oynama bozukluğu, ilerleyen kontrol kaybı, tolerans, yoksunluk, geri çekilme, normal işlevsellikte bozulma açısından madde kullanım bozukluklarına benzetilmektedir. İOOB olan kişiler, oyun nedeniyle okul, iş ve aile ilişkileri bozulma göstermesine rağmen genellikle uzun süre yemek yemeden ve uyumadan günde 8-10 saat ve ya daha fazla ve haftalık 30 saat bilgisayar başında oturmaya ve oyun oynamaya devam etmektedirler (4).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), hem çevrimiçi hem çevrimdışı sorunlu oyun oynamayı ICD el kitabının 11. baskısında davranışsal bağımlılıklar başlığı altında “Oyun Oynama Bozukluğu” olarak yer vermiştir. ICD-11’de oyun oynama bozukluğu, bireyin oyun oynama üzerinde kontrol yetisinin bozulması, oyun oynamanın artan şekilde bireyin diğer ilgileri ve günlük aktivitelerinin yerini alması, olumsuz sonuçlarına rağmen oyun oynamaya devam etme ile karakterize olan bir davranış örüntüsü şeklinde tanımlanmaktadır (5).

Araştırmacılar tarafından aşırı veya problemli oyun oynama, “oyunların aşırı kullanımı” (46), “obsesif-kompulsif oyun oynama” (47), “video oyun bağımlılığı” (48), “problemli oyun oynama” (49) ve “patolojik oyun oynama” (50) şeklinde farklı isimler kullanılmaktadır. Kullanılan terminoloji ne olursa olsun bilgisayar ve video oyunu aşırı kullanımı davranışsal bağımlılığa yol açtığı bilinmektedir (51).

Bilişsel ve davranışsal semptomların ortaya çıkmasına neden olan aşırı ve uzamış internette oyun oynama davranışı olarak tanımlananan İOOB’nin “internet kullanım bozukluğu”, “internet bağımlılığı” ya da “oyun bağımlılığı” olarak da kullanılan bu kavramlardan ayrı bir bozukluk olduğunu kanıtlayacak araştırmalara ihtiyaç duyulduğu vurgulamaktadır (4). İOOB ile internet bağımlılığı birbirine yakın kavramlar gibi görünmesine rağmen, ayırıcı özelliklerine bakıldığında birbirinden farklı kavramlar olduğu görülmektedir. Örneğin problemli internet kullanımı; çevrimiçi oyun oynama, çevrimiçi sohbet ve sosyal ağların kullanımı ile ilişkili geniş bir grupta görülmesine rağmen, İOOB sadece oyunla ilişkilidir ve çoğunlukla genç erkek popülasyonunda görülmektedir (18).

İnternet oyun oynama bozukluğu, araştırmacılar için popüler bir konu olmasına rağmen terminoloji, sınıflandırma, tanı koyma araçları ve tedavisi konusunda tartışmalar halen devam etmektedir (6,52).

2.3.2. Elektronik Oyunlar

2.3.2.1. Elektronik Oyunların Tarihçesi

Günümüzde ilk video oyunu olarak kabul edilen MIT (Massachussets Teknoloji Enstitüsü) tarafından yapılan Spacewar (uzay savaşı) adlı oyun 1962 yılında Steve Russell ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (53). İlk ticari oyun olan Computer Space'in 1971 yılında piyasaya sürülmesi ile dijital oyun endüstrisi medya dünyasının önemli bir bölümünü oluşturmaya başlamıştır (10). 1972 yılında televizyonlara bağlanabilen ilk oyun olan Pong satışa sunulurken, 1978'de Atari firmasının pek çok oyunu piyasaya sürmesi üzerine bilgisayar oyunları ivme kazanmaya başlamıştır. 1981 yılında Namco firması Pac-Man oyununu, Nintendo ise Donkey Kong oyununu yayınlamıştır (54).

1980'lerin başlarında çeşitli firmalarca etkin olarak oyun oynanabilen ve aynı zamanda başka işlerde de kullanılabilen ev tipi kişisel bilgisayarlar pazara sunulmuştur. 1985 yılında Rusya'dan Moskova Bilimler Akademisinden Alexey Pazhitnov Tetris oyununu ve 1990 yılında Nintendo muhtemelen tüm zamanların en çok satan oyun olan Super Mario 3'ü yayınlamıştır (53). 1992 yılında ilk üç boyutlu oyun olan "Wolfenstein" oyunun kahramanın gözünden izlendiği ve rakiplerin vurulduğu bir oyun türü olarak piyasaya sürülmüştür. Bu oyunu daha sonra çok bilinen Doom (1994) ve Quake (1996) serileri takip etmiştir (55).

Türkiye'de bilgisayar oyun tarihçesine bakıldığında; Türkiye'nin bilgisayar oyunları ile tanışması renkli televizyon, video ve atari oyunlarının yaygın olduğu 1980'li yılların başlarına denk gelmektedir. 1980'lerin ortalarına doğru oyun makineleri, saatler veya hesap makineleri üzerinde oynanan oyunlar ve Commodore 64, Sinclair ZX Spektrum benzeri bilgisayar oyunları ortaya çıkmıştır. 1990'lı yıllarda internet kafelerin açılmasıyla bilgisayar oyunları yaygınlaşmaya başlamıştır (53).

2.3.2.2. Bilgisayar Oyun Türleri

İnternet ve bilgisayar oyunları en popüler eğlence etkinlikleri arasında yer almakta ve eğlence endüstrisinin geniş ve büyüyen bir bölümünü temsil etmektedir. Dünya çapında bir milyardan fazla kişinin internet oyunlarına katıldığı ve Çin’de internet oyun endüstrisinin büyüme oranının 2012 yılında %8 olduğu tahmin edilmektedir (56).

Oyun türlerinin sınıflandırılmasında kesin görüş birliği olmamakla birlikte Adams ve Rollings (2006) taktik, yap boz, macera, aksiyon, spor, rol yapma ve simülasyon olmak üzere yedi oyun türü belirlemiştir. Yanı sıra sanal uzamda konsol, bilgisayar, mobil ve arcade oyun makinesi olarak dört ayrı alanda çevrimdışı ya da çevrimiçi oynanabilen dijital oyunlar da bulunmaktadır. Bu oyunlar oyuncu katılım sayısına göre çoklu ya da tek kişilik olabilmektedir (10). Tablo 6’da dijital oyun türleri örnek verilerek gösterilmiştir.

Tablo 6: Bilgisayar Oyun Türleri (57)

Taktik: Zafer elde etmek için düşünme, planlama ve özel taktikler gerektiren oyunlardır. Oyuncu genellikle düşman kuvvetlerini azaltmak için bir ya da daha fazla rakibe karşı bir dizi eylem planlar. (örn. Satranç, Dune 2, Tycoon Serisi, Warcraft, Starcraft, Age of Empires vb.)
Yapboz: Oyuncu planladığı eylemlerle tek başına kazanma mücadelesi verir. Rakip yoktur. Belirli bir düzen içinde oyunlarda yer alan şekilleri, renkleri veya sembolleri yönetir. (örn. Angry Birds, Diamond Crush, Tetris, Frozen Bubble, Luxor, Sudoku Grid master vb.)
Macera: Oyuncu bilinmeyen bir dünyada/hikayede tek başına yolunu bulmaya, nesneleri toplamaya ve bilmeceleleri çözmeye çalışır. (örn. The Longest Journey, Indiana Jones, Myst ve Riven vb.)
Aksiyon: El göz koordinasyonu, zamanlama, reaksiyon hızı ve hassasiyet gibi fiziksel zorlukları ön plana çıkaran bol hareket ve hız içeren oyun türüdür. Oyuncu bedensel/fiziksel eylemlerle, bir/birden fazla rakibe karşı fiziksel ve düşünsel mücadele verir. Oyuncunun bir bölümü tamamlaması, çeşitli ödülleri toplaması, engelleri aşması ve düşmanlardan gelen saldırıları atlatması gerekir. (örn. Pac-Man, Call of Duty: Advanced Warfare, Grand Theft Auto, Far Cry, Dragon Age: Inquisition, Assassin’s Creed vb.)
Spor: Fiziksel hareketlerin ve tekniklerin çok önemli olduğu spor oyunlarıdır. (örn.FIFA, NBA, Skating, Tenis)
Rol yapma: Oyuncu belli bir durumda bir karakterin rolünü üstlenir. Var olan bilgi ve kaynakları kullanarak bu karakterin başına gelen sorunları çözmeye çalışır. Bu tür içinde yer alan Devasa Çok Oyuncululu Çevrimiçi Rol Yapma Oyunları (MMORPG) da çok sayıda oyuncunun bilgisayarlarından veya oyun konsollarından internete bağlanarak birlikte oynadığı, oyun esnasında çeşitli karakterlere büründüğü oyun türüdür. (örn. Dungeons & Dragons, Ever-Quest, Diablo, World of Warcraft vb.)
Simülasyon: Bir eylemle ilgili pratik yapmak, bir aracı kullanmak veya dünya kurmakla ilgili genellikle hiç bitmeyen şekilde tasarlanmış oyunlardır. (örn. Sim City, The Sims, uçak simülatörleri, Trauma Center vb.)

İnternet çeşitli oyun türleri sunmasına rağmen, bunlar arasında en popüler olanlarının DarkOrbit, First-Person veya Ego-Shooters (FPSs) gibi tarayıcı oyunları, World of Warcraft gibi Çok Oyunculu Çevrimiçi Rol Oynama Oyunları (MMORPGs) ve Second Life gibi Simülasyon Oyunları (SG) olduğu görülmektedir. MMORPG, dünyada yüzbinlerce kullanıcı tarafından aynı anda oynanan, binlerce oyuncunun etkileşim halinde bulunduğu, oyuncuların oyun içi hedeflere ulaşabilmek için sihirbaz, savaşçı gibi rollere büründükleri oyun türüdür. Gerçek ve sanal dünya arasındaki sınırların bulanıklaşması özellikle simülasyon ve MMORPG oyunlarında görülmektedir (58).

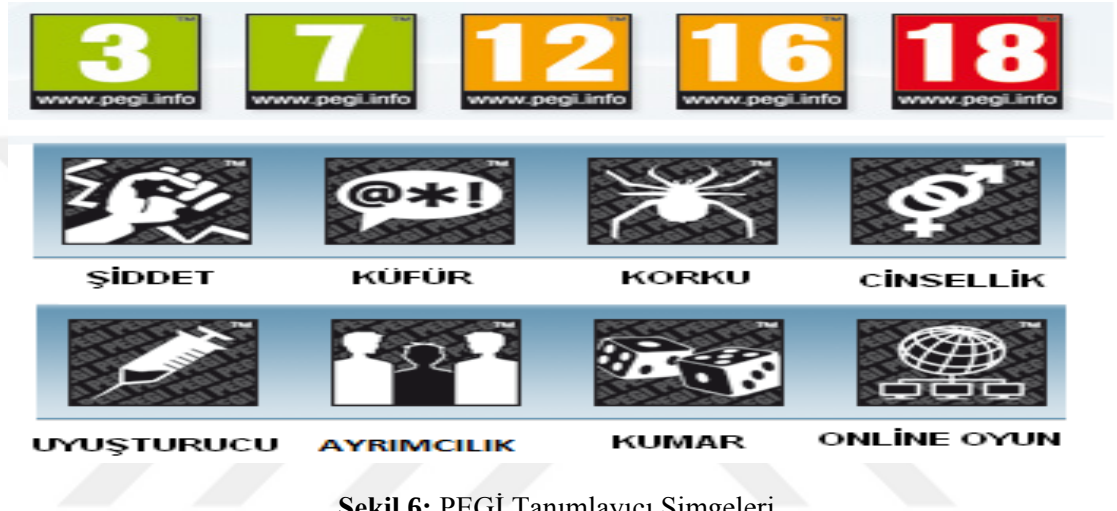
Türkiye’de 217 ortaokul ve lise öğrencisinde oyun tercihlerinin değerlendirildiği bir çalışmada, araştırmaya katılanların en çok tercih ettiği oyun olan aksiyon/macera oyunlarını (%41.5) sırasıyla, spor/yarış oyunları (%18.5), strateji oyunları (%16.5), bulmaca/zeka oyunları (%12.5), dövüş oyunları (%8) ve simülasyon oyunları (%3,5) takip etmiştir. En fazla oynanan GTA Serisi oyunlarını (%63) sırasıyla; %51.5 ile Clash of Clans, %50.5 ile PES (Pro Evolution Soccer) serisi oyunları, %45 ile Need For Speed Serisi oyunları ve %42 ile Minecraft oyunu takip etmiştir. Ayrıca; League of Legends (%23), Dota 2 (%7), Knight Online (%9), Metin2 (%27), Wolf Team (%37.5), Counter Strike Serisi (%35.5), Silkroad Online (%6.5), Street Fighter Serisi (%8.5), Fifa Serisi (%37), Assasins Creed Serisi (%19), Age of Empires Serisi (%17.5), Ikariam (%6.5), Ogame (%9.5), Call of Duty Serisi (%36.5), Battlefield Serisi (%16.5) ve FarCry Serisi (%16.5) oyunları da bildirilmiştir. Şiddet, kan, çıplaklık, kaba dil, yetişkin mizahı, yoğun cinsel içerik, uyuşturucu ve alkol kullanımı içeren GTA Serisi oyunlarının %63 oranında çıkması çocuk ve gençler arasında denetleme mekanizmalarının işlevlerini sağlıklı şekilde yerine getiremediğini göstermektedir (59).

2.3.2.3. Bilgisayar Oyunlarının Derecelendirilmesi

Pan Avrupa Oyun Bilgi Sistemi (PEGI), ifade özgürlüğünün güvence altına alınması, özellikle çocukların uygun olmayan, şiddet içeren veya ırkçı oyun içeriklerinden korunması ve oyunların olumlu yönlerde kullanılmasına yönelik farkındalığın artırılması konularında yapılması gerekenleri vurgulamaktadır. PEGI, gönüllü bir sistem olmakla birlikte, sisteme üye olan bazı devletlerde yasal olarak

hüküm altına alınmıştır. (Örneğin, İngiliz Hükümeti 2009 yılında PEGI sistemini yasal olarak geçerli değerlendirme sistemi olarak hüküm altına almıştır). Avrupa’da 2003’ten beri uygulanmaktadır ve özellikle ailelere interaktif yazılımların uygun oldukları yaş grupları konusunda yol göstermektedir (60).

Pan Avrupa Yaş Derecelendirme Modeli oluşturulurken şiddet, ayrımcılık, cinsellik, uyuşturucu, korku, kaba dil ve kumar gibi tanımlayıcı simgeler ve beş adet yaş sınıflandırma seviyesi (+3, +7, +12, +16 ve +18) kullanılmıştır (60) (Şekil 6).

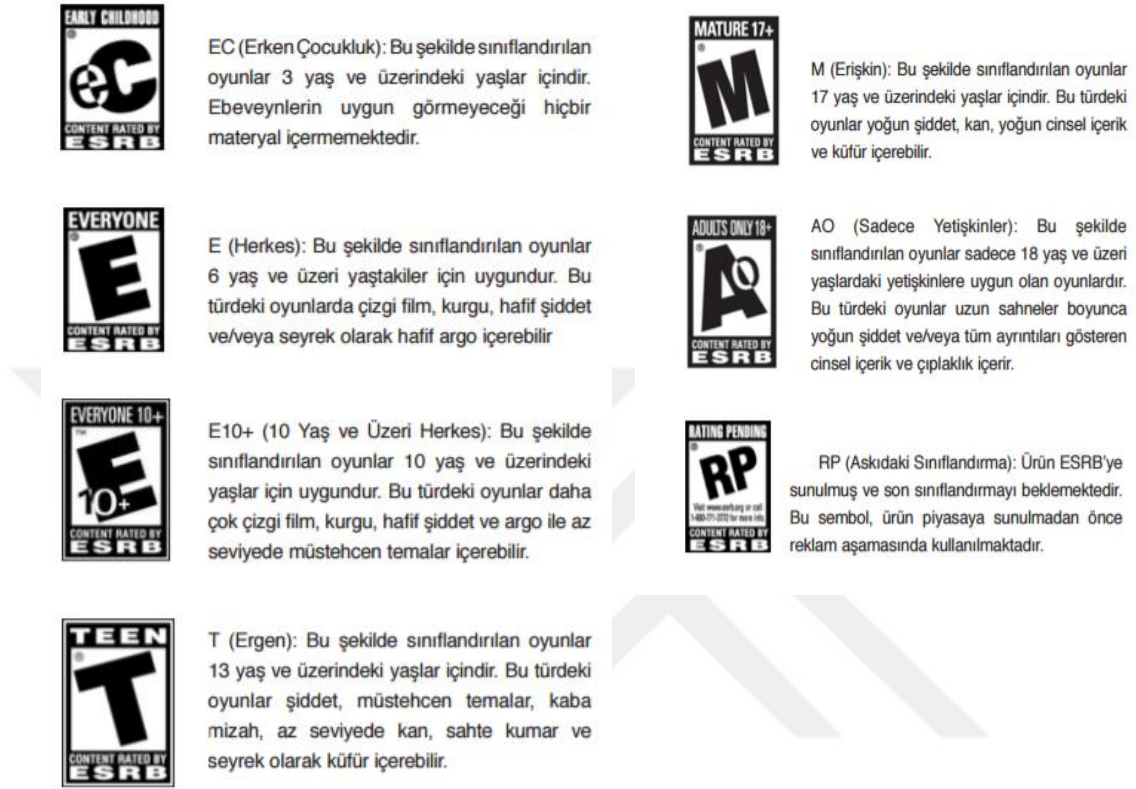


Şekil 6: PEGI Tanımlayıcı Simgeleri
(PEGI sitesinde bulunan ‘About PEGI’ sayfasından alınmıştır).

Dijital oyunlar için kullanılan derecelendirme sistemleri içerisinde dünya çapında en yaygın olan ABD, Kanada ve Meksika’da kullanılmakta olan Eğlence Yazılımları Derecelendirme Kurulu (ESRB), Eğlence Yazılımları Derneği (ESA) tarafından 1994 yılında tüketicileri, özellikle ebeveynleri, yaş sınıflandırmaları ve içerik tanımlayıcıları sayesinde aileleri için alacakları interaktif oyun ürünleri konusunda bilgilendirmek ve bilinçlendirmek amacıyla kurulmuştur (60,61). Oyunu satın alan kişiler ve/veya ebeveynler bu tanımlayıcılar sayesinde oyunun oynanması sırasında karşılaşılabilecekleri olası durumlar hakkında ön bilgi sahibi olabilmektedirler (61).

Bilgisayar oyunları, ESRB tarafından sınıflandırma sembolleri ve içerik tanımlayıcıları olmak üzere iki şekilde değerlendirilmektedir. Sınıflandırma sembolleri, kutuların ön yüzlerinde altta sağda veya solda olacak şekilde bulunmakta

ve oyunun hangi yaş grubuna uygun olduğunu göstermektedir. İçerik tanımlayıcılar ise kutunun arkasında sağ veya sol alt köşede bulunmakta ve oyunun içeriği hakkında bilgi vermektedir. Şekil-7’de gösterilmiştir (60).



Şekil 7: Eğlence Yazılımları Derecilendirme Kurulu Sembolleri ve Açıklamaları (60)

Türkiye’de dijital oyunların değerlendirme ve sınıflandırılması yapabilecek bir sistem henüz bulunmamaktadır. Değerlendirme, sinema filmleri için oluşturulmuş işaret ve ibreler kullanılarak yapılmaktadır ancak bu işaretlerin yetersiz bilgiler içerdikleri ve kullanılan işaretlerin dijital oyunlara uygun olmadıkları düşünülmektedir (61).

2.3.3. Epidemiyoloji

İnternet oyun oynama bozukluğu, farklı ülkelerde çok çalışılan bir konu olmakla birlikte, kültürel ve genetik değişkenlerin yanında, kullanılan ölçek ve tanı kriterleri arasındaki farklılıklar, prevelans çalışmalarında aynı ülke içinde bile birbirinden çok farklı oranlarda sonuçlar elde edilmesine neden olmaktadır (7,8).

Yapılan araştırmalarda ergenlerde İOOB prevelansı Asya ÷lkelerinde %10-15, batı ÷lkelerinde %1-10, Güney Amerika ve Afrika ÷lkelerinde %1-9 arasında bildirilmiştir (9). Ancak Asya ÷lkelerinde (Çin, Hong Kong, Japonya, Güney Kore, Malezya ve Filipinler) problemli internet kullanım yaygınlığını % 6-21 bildiren çalışmalarda bulunmaktadır (62). Avrupa ve Kuzey Amerika ÷lkelerinde İOOB prevelansı Asya ÷lkelerine karşılaştırıldığında daha az sıklıkla gör÷lmekle beraber yaygınlığı % 1-5 arasında bildirilmiştir (63,64).

Hong Kong’da 8. ve 11. sınıflar arası eğitim gören 503 öğrencinin (kız sayısı: 254, erkek sayısı:249) dahil edildiğı çalışmada % 94’ünün internette oyun oynadığı ve oyun bağımlılığı ölçeğı ile değerlendirildiğinde %15.6’sının İOOB tanısı aldığı gör÷lmüştür. İOOB prevelansı erkeklerde (%22.7) kızlara göre (% 8.7) anlamlı yüksek bulunmuştur (65).

Müller ve arkadaşlarının (2015), 7 Avrupa ÷lkesinde (Almanya, Yunanistan, İzlanda, Hollanda,Polonya, Romanya ve İspanya) 14-17 yaş arasındaki 12.938 ergen örnekleminde yaptığı epidemiyolojik anket çalışmasında, İOOB tanı kriterlerini karşılayanların oranı %1.6, 4 kriteri karşılayanların oranı %5.1 bulunmuştur (64).

Ergenlerde İOOB prevelansının incelendiğı 1990-2017 arasında yayınlanmış 16 makalenin dahil edildiğı bir mete-analiz çalışmasında, İOOB prevelansı %0.6 ile %19.9 arasında değişen oranlar da saptanmakla beraber ortalama prevelans %4.6 bulunmuştur. Erkek ergenlerde (%6.8), kadın ergenlere (%1.3) göre daha yüksek prevelans oranları bildirilmiştir. Çalışmalar arasında yüksek heterojenite saptanmıştır (66).

Türkiye’deki prevelans çalışmalarının daha çok genel internet bağımlılığını tespit etmeye yönelik olduğı, İOOB prevelansı ile ilgili yapılanların ise küçük ölçekli korelasyon çalışmaları olduğı gör÷lmektedir. Bununla birlikte Yeşilay’ın 2017 yılı içinde oyun amaçlı problemli internet kullanım üzerine gerçekleştirdiğı bir çalışmada İstanbul ili genelinde ulaşılabilen 12-19 yaş arası 6116 gencin %8,5’inin problemli düzeyde bilgisayar oyun oynama davranışı gösterdiğı bildirilmiştir (7).

İnternet oyun oynama bozukluğı en sık Asya ÷lkelerinde gör÷lürken, İOOB için en büyük risk grubunu 12-18 yaş arasındaki erkek ergenler oluşturmaktadır (4). Sadece iki çalışmada cinsiyetler arasında farklılık bulunmamıştır (67,68).

2.3.4. Etiyoloji

Tüm psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi internet oyun bağımlılığının da etyolojisi multifaktöriyeldir. Neden internet kullanımı herkeste değil de bazı kullanıcılarda bağımlılık geliştiği cevap bekleyen sorulardandır. Bozukluğu anlamada çeşitli etiyolojik modeller öne sürülmektedir (69).

2.3.4.1. Nörobiyolojik Model

İnternet bağımlılığında, fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRG) ile yapılan çalışmalar yapısal değişiklikleri; nükleer görüntüleme ile yapılan çalışmalar ise beyin dopaminerjik sisteminin işlevsel bozukluğunu göstermektedir (70). Elde edilen bulgular, internet video oyunu hatırlatıcılarının sunulması sırasında İOOB olan bireylerin beyin bölgelerindeki nöral süreçlerin ve artan aktivitenin madde bağımlılığı veya patolojik kumar oynama gibi diğer davranışsal bağımlılıklar ile benzer olduğunu göstermektedir (71).

Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme çalışmalarında oyunla ilgili hatırlatıcılar sunulduğunda İOOB olan bireylerde inferior frontal korteks, orbitofrontal korteks, ön singulat korteks, dorsolateral prefrontal korteks, dorsomedial prefrontal korteks, temporal korteks (hipokampus ve parahipokampal girus), parietal korteks, oksipital korteks ve bazal ganglion (thalamus, nükleus accumbens ve kaudat nükleus) gibi beyin bölgelerinde aktivasyon artışı gösterilmiştir (72,73).

İnternet oyun oynama bozukluğunda dinlenme durumunda fMRI ile yapılan çalışmaların sonuçları heterojen bulunmuştur. İOOB olan ergenlerde, posterior insula-parietal operculum ile dorsal putamenin fonksiyonel bağlantısının anlamlı derecede azaldığı; dorsal putamen ile bilateral primer somatosensoriyel kortekste fonksiyonel bağlantının arttığı gösterilmiştir (74). Başka bir çalışmada, internet bağımlılığı olan ergenler de frontal, parietal ve oksipital korteks arasındaki fonksiyonel bağlantıda bozulma olduğu bildirilmiştir (75). Başka bir çalışmada ise, aşırı internet kullanımı olan ergenler sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırıldığında bilateral serebellum arka lobu ile orta temporal girus arasında artmış fonksiyonel bağlantı; bilateral inferior parietal lob ile sağ inferior temporal girus arasında azalmış

fonksiyonel bağlantı gösterilmiştir. Aşırı internet kullanımının şiddetinin, posterior singulat korteks aktivasyonu ile pozitif korelasyon, sağ serebellum anterior lob ve sol superior parietal lob aktivasyonu ile negatif korelasyon gösterdiği saptanmıştır (76).

Zhang ve arkadaşlarının (2015) yaptığı İOOB'de istirahat durumunda fMRI ile insulanın işlevselliğinin değerlendirildiği bir çalışmada, anterior insulanın anterior singulat korteks, angular girus ve precuneus ile; posterior insulanın postsentral girus, presentral girus, suplemental motor alan ve superior temporal girus ile arasındaki fonksiyonel bağlantının arttığı gösterilmiştir. Bu çalışmada, bilişsel ve afektif işlevlerdeki merkezi rolü göz önüne alındığında insulanın, bağımlılıkla ilişkili bozukluklarda fonksiyonel değişikliğini anlamamanın, bağımlılığın altında yatan nöral mekanizmayı açıklığa kavuşturarak daha etkili tedavi müdahalelerin gelişimine katkıda sağlayacağı düşünülmüştür (77).

Dinlenme durumunda yapılan fMRI çalışmaları ve gri madde hacim ölçümleri, internette oyunu oynamanın dikkat, dürtüsel davranışlar, motor fonksiyon, duygusal düzenleme, aşırma, bağımlılık, duyuşal-motor koordinasyonundan sorumlu beyin bölgelerindeki değişikliklerle ilişkili olduğunu göstermektedir (71,78) Ayrıca İOOB karar verme, davranış inhibisyonu ve duygusal düzenlemede yer alan beyin bölgelerindeki düşük beyaz madde yoğunluğu ile de ilişkili olduğu bulunmuştur (78). İOOB olan katılımcılar sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında İOOB olan katılımcılarda bilateral inferior frontal girus, sol singulat girus, insula, sağ precuneus ve sağ hipokampusda düşük gri madde yoğunluğu; inferior frontal girus, insula, amigdala ve anterior singulat kortekste düşük beyaz madde yoğunluğu bildirilmiştir (79).

Han ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çevrimiçi oyun bağımlılarının sağlıklı kontrolle karşılaştırıldığı bir çalışmada, çevrimiçi oyun bağımlılığı olan olgularda sol talamus gri madde hacminde artış olmasına karşın, sağ oksipital girus, inferior temporal girus ve sol inferior oksipital girusda gri madde hacminin azaldığı bulunmuştur (80). Başka bir çalışmada ise, sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında, çevrimiçi oyun bağımlılığı olan bireylerin sağ orbitofrontal korteks, bilateral insula ve sağ motor bölgesinde belirgin gri madde atrofi, korpus kallozumun sağ genusunda ve bilateral frontal lobun beyaz maddesinde azalma gösterilmiştir.

Bulgular, çevrimiçi oyun bağımlısı olan olgularda gri ve beyaz maddenin mikroyapılarında anormallikler olduğunu düşündürmektedir (81).

Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme ile risk alma ve riskli karar verme sürecinde beyin aktivasyonunun incelendiği bir çalışmada, İOOB olan katılımcıların riskli karar verme süresinin daha kısa olduğu ve anterior singulat korteks, posterior singulat korteks, orta temporal girus ve üst temporal girusun aktivasyonun daha az olduğu gösterilmiştir. İOOB olan katılımcıların yönetici kontrolünde bozulma olduğu, riskli kararları daha acele bir şekilde aldıkları, dürtü kontrolünde yer alan bölgelerin daha az aktif olduğu görülmüştür (82). Başka çalışmalarda da İOOB tanılı bireyler, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında, anterior insulanın ve dorsolateral prefrontal korteksin karar verme sırasında daha az aktif olduğu saptanmıştır (83,84).

İnternet oyun oynama bozukluğu olan kişilerde amigdalada daha düşük gri madde hacmi gösterilmekle beraber, sol dorsolateral prefrontal korteks ile sol amigdalanın; sol dorsolateral prefrontal korteks, orbitofrontal korteks ile sağ amigdalanın arasındaki fonksiyonel bağlantının azaldığı bildirilmiştir. Amigdala'da gri madde hacmindeki azalma kişinin dürtüselliğe karşı savunmasız olmasına, kompulsif oyun oynamaya devam etmesine ve anlık ödüller ile hareket etmesine neden olmaktadır (79,85).

İnternet bağımlılığı ve İOOB'de nörotransmitter sistemlerinden dopamin, serotonin ve kolinerjik sistem üzerinde durulmaktadır (86–88). Ventral tegmental alandan mezolimbik ve mezokortikal alanlara uzanan dopaminerjik nöronların birçok psikoaktif madde tarafından aktive edilebiliyor olması, orta beyin dopaminerjik nöronlarının ödül-bağımlılık sistemlerindeki rolünü güçlendirmektedir. Haz molekülü yada antistres molekülü de denilen dopamin sinaptik aralığa salındığında D1 ve D5 reseptörlerini stimüle ederek stresin azalmasına ve kişinin kendisini iyi hissetmesine neden olabilmektedir. Bazı kişilerde genetik varyant dolayısıyla beyin ödül sistemlerinde fonksiyon bozukluğu sonucu ortaya çıkan hipodopaminerjik aktivite, kişinin aynı hazzı alması için daha fazla dopamine ihtiyaç duymasına sebep olarak bağımlılığa yatkınlık oluşturmada önemli bir faktör olarak değerlendirilmektedir (89). D2 reseptörünün A1 alleleline sahip bireylerde D2 reseptör

yoğunluğunun az olduğu ve bu kişilerin madde ve davranış bağımlılıklarına daha yatkın olabileceği gösterilmiştir (90).

Aşırı internet oyunu oynayan bireyler de pozitron emisyon tomografi (PET) ile dopamin D2 (D2), Serotonin 2A (5-HT2A) reseptör fonksiyonunun ve glukoz metabolizmasının değerlendirildiği ve D2 reseptörü ile glukoz metabolizması arasındaki korelasyonun araştırıldığı bir çalışmada, aşırı internet oyunu oynayan olgularda prefrontal korteks, temporal korteks ve limbik sistemin glukoz metabolizmasının sağlıklı kontrollere göre daha az olduğu bildirilmiştir. Striatumdaki D2 reseptör düşük seviyesi ile orbitofrontal kortekste azalmış glukoz metabolizması arasında anlamlı ilişkili olduğu saptanmıştır. Orbitofrontal korteksin D2 / 5-HT2A reseptör disregülasyonunun, aşırı video oyunu oynayan olgulardaki kontrol kaybının ve kompulsif davranışların nedeni olabileceği ileri sürülmüştür (91).

Nörokimyasal düzeyde elde edilen kanıtlar sınırlı olmakla birlikte Han ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları bir çalışmada, madde bağımlılığına benzer şekilde İOOB olgularında dopamin D2 reseptörünün Taq1A1 alelinin ve katekolamin-o-metil transferaz (COMT) genindeki Val158Met polimorfizm oranının sağlıklı kontrollere göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (86).

İnternet bağımlılığı hastalarında bilateral corpus striatum hacminin, ağırlığının ve striatumdaki DAT ekspresyonunun azaldığı gösterilmiştir (92). Yanı sıra Koepp ve arkadaşları, sekiz erkek hasta ile yürüttükleri PET çalışmasında video oyunu oynama sırasında ventral striatumdaki dopamin salınımının ve D2 reseptörlerine bağlanmanın arttığını göstermiştir (93).

İnternet oyun oynama bozukluğu tanılı genç erişkin erkeklerde glutamat ve dopamin düzeylerinin incelendiği bir çalışmada, İOOB olgularında serum glutamat düzeyi kontrol grubuna göre daha düşük bulunurken, serum dopamin düzeyinde gruplar arası farklılık gösterilmemiştir. Ancak serum glutamat düzeyi, serum dopamin düzeyi ile pozitif korelasyon göstermiştir. Bu çalışma, glutamat'ın İOOB patofizyolojisine katkıda bulunabileceğini öne sürmüştür (94).

İnternet oyun oynama bozukluğu tanılı olgu grubunda ve sağlıklı kontrol grubunda hedefe yönelik ekzom dizi analizi gerçekleştirildiğinde rs2229910

nörotrofik tirozin kinaz reseptörü tip 3 (NTRK3) polimorfizmine sahip olan katılımcılarda bu polimorfizmin İOOB'ye karşı koruyucu bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Potansiyel olarak koruyucu olan bu alelin varlığı, internet oyunlarında daha az zaman harcanmasına ve Young'ın internet bağımlılığı ölçeğinde daha düşük puanlara neden olduğu bildirilmiştir (95).

Montag ve arkadaşları 132 internet bağımlısı ve 132 kontrol grubuyla yaptıkları aday gen çalışmasında nikotinik asetilkolin reseptör alt-birimi alfa 4'ü (CHRNA4) kodlayan gen üzerindeki 1044396 polimorfizminin CC genotipinin, internet bağımlılığı olan olgularda anlamlı olarak daha fazla olduğunu bulmuşlardır ve rs1044396'nın biliş, duygu ve bağımlılık davranışı üzerine etki gösterdiği düşünülmüştür (88).

Problemli internet kullanıcılarında 5HTTLPR polimorfizminin incelendiği internet bağımlısı 91 erkek ergenin ve 75 sağlıklı kontrolün alındığı bir çalışmada, interneti fazla kullananlarda serotonin taşıyıcı geninin homozigot kısa allel varyantının (SS-5HTTLPR) kontrol grubuna göre daha sık olduğu ve bu durumun internet bağımlılığının şiddeti ile ilişkili olduğu saptanmıştır. SS-5HTTLPR eksprese eden internet bağımlılığı olan kişiler, diğer serotonin transporter gen allel varyantlarını eksprese eden internet bağımlılığı olan kişilere göre daha yüksek internet bağımlılığı ölçek puanları göstermiştir (87).

2.3.4.2. Bilişsel Davranışçı Model

Problemli internet kullanımındaki bilişsel davranışçı modelde davranışsal bileşenlere ve günlük yaşamdaki olumsuz sonuçlara odaklanan çalışmalar olmasına rağmen, Davis uyumsuz bilişlere odaklanmaktadır (96,97). Davis, kişinin problemli internet kullanma davranışının ana kaynağı olarak kişinin bilişlerini (düşüncelerini) vurgulamaktadır ve bilişsel semptomların sıklıkla problemli internet kullanımındaki davranışsal ve duygusal belirtilere neden olduğunu belirtmektedir (98).

Patolojik internet kullanımında en temel bileşen kişinin kendiyle ilgili ruminatif biçimdeki işlevsel olmayan bilişlerdir. Bu bilişler kişinin kendi yaşamındaki diğer olaylar yerine, internet kullanımıyla ilgili problemleri sürekli olarak düşünmesine neden olmaktadır. Kişinin sürekli olarak aşırı internet

kullanımıyla ilgili okuması, konuşması gibi davranışlar sergilemesi kişiler arası sorun çözme davranışını geciktirerek veya etkili davranışları ortaya koymasını engelleyerek kısır döngünün sürmesine yol açmaktadır (98). Diğer taraftan bireylerin düşük benlik saygısı düzeyleri de onları internet kullanımına yönelten sebeplerden biridir. Kendine yönelik olumsuz bakış açıları ve kendilerini yetersiz hissetmeleri nedeniyle gerçek ilişkilerde başarısızlık yaşayan bireyler, sanal ortamlarda istenilen role girebileme, yüz yüze gelmeden arkadaşlık yapma gibi özelliklerden dolayı internet kullanımını tercih edebilmektedirler. Yeni bilişsel süreçte kişinin kendisi ve dış dünyayla ilgili en sık ortaya çıkan uygunsuz bilişleri şu şekilde sıralanmaktadır : “ben sadece internet ortamında iyiyim”, “internet olmadan ben başarısız bir insanım”, “internet bana saygı duyulan tek yer”, “internet benim tek arkadaşım” (99).

2.3.4.3. Sosyal Beceri Eksikliği Teorisi

Caplan, bilişsel davranışçı modeli temel alarak geliştirdiği bu teoride kişilik problemi olan ya da psikiyatrik bozukluğu olan kişilerin internet bağımlılığına daha yatkın olduğunu belirtmiştir (100). Bu teoriye göre; depresyon ve sosyal anksiyetesi olan kişiler sosyal yeterlilikleri ile ilgili negatif düşüncelere sahip olduklarından yüz yüze iletişim kurmak yerine internet üzerinden sosyal iletişim kurmayı tercih etmektedir ve böylece internet aracılığıyla kişi olumsuz özelliklerini gizleyip, kendinde olmayan olumlu özelliklerden bahsedebilmektedir. Bu durum kişilerde sanal iletişimin kolay, daha az riskli, daha heyecanlı olduğu inancını pekiştirmektedir ve bu da internetin aşırı kullanımına neden olmaktadır. Bu bağlamda Morahan-Martin ve Schumacher interneti “sosyal iletişimin Prozac’ı” olarak adlandırmışlardır (38).

2.3.4.4. Kavramsal İnternet Bağımlılığı Modeli

Douglas ve arkadaşlarının önerdiği kavramsal internet bağımlılığı modeline göre, internetin aşırı kullanımı içsel motive edici bir takım faktörler (kimliğin saklanabilmesi, sıkıntı azaltma ve rahatlatıcı etkisi, sosyal gereksinimleri karşılayabilmesi vb.) tarafından belirlenmektedir. Bununla birlikte öğrenci yurtları gibi internet kullanımına olanak sağlayan çevrelerde bulunma, uzun yıllar süren internet kullanımı, diğerleri tarafından yanlış anlaşıldığını hissetme, yalnızlık, aşırı internet kullanımının bir problem olduğunu reddetme, sosyal yaşamın ve özgüvenin

çok az olması ya da hiç olmaması internet bağımlılığına katkıda bulunmaktadır (101). Aynı zamanda bu model, ortamın algılanan çekici özelliklerinin (internet üzerinden kumar, oyun, sohbet gibi bağımlılık yapıcı uygulamalara erişilmesi, sosyal etkileşimi ve fikir alışverişini kolaylaştırma, internetin diğer medya araçları arasında daha kolay haberleşmeyi sağlaması), itici etkenler ve internet aşırı kullanımının olumsuz etkilerinin ciddiyeti arasındaki ilişkiyi hafiflettiğini belirtmektedir (99).

2.3.5. İnternet Oyun Oynama Bozukluğunda Rol Oynayan Diğer Risk faktörleri

İnternet oyun oynama bozukluğunu öngörmek, teşhis etmek ve yönetmek için aşırı oyun oynamanın nedenlerini, olumsuz sonuçlarını ve risk faktörlerini tanımlamak önemli yer tutmaktadır (15). İOOB etiyolojisi tam olarak anlaşılmamakla beraber genetik, öğrenme, motivasyon, oyunla ilgili faktörler ve nörobiyoloji göz önünde bulundurulması gereken durumlardır (102).

Öz düzenleme ve karar verme yeteneklerinde eksiklik, olumsuz duygularla başa çıkamama, düşük benlik saygısı, zayıf öz-yeterlilik, depresif duygudurum, stres, kaygı ve anında ödüle ulaşma isteği, sosyal izolasyon, kişilerarası ilişkilerde yetersizlik, gerçek hayatta çok az arkadaşın olması, aktivitelerin kısıtlı olması, düşük akademik başarı, okula ilginin az olması patolojik oyun oynama ile ilişkili bulunmuştur (102).

Lise ve ortaokul öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, erkek cinsiyet, oyun için para harcama, zayıf akademik başarı, internet başında haftalık olarak daha fazla zaman geçirme, interneti oyun oynamak veya sohbet etmek için kullanmak internet bağımlılığı ile ilişkili bulunmuştur. Hafta sonu internet kullanımının hafta içi internet kullanımına göre internet bağımlılığı riskini daha fazla arttırdığı bildirilmiştir (103). Yoksulluk, sosyal dışlanma, yetersiz ebeveyn denetimi ve tutarsız ebeveyn tutumu da İOOB'nin gelişiminde rol oynamaktadır. Aile yapısı, kültürel değerler ve kişisel inançlar gibi sosyokültürel etmenlerinde İOOB ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (104). İOOB ile ebeveynlerin ruhsal hastalıkları arasındaki ilişkiyi araştıran fazla çalışma olmamakla birlikte mevcut çalışmalardan bazıları İOOB ile ebeveyn depresyonu arasında, bazıları da İOOB ile ebeveyn anksiyetesi arasında ilişki olduğunu bildirmiştir (16,105,106).

İnternet bağımlılığının sosyodemografik değişkenler (erkek cinsiyet, daha genç yaş ve daha yüksek aile geliri), internet kullanım değişkenleri (çevrimiçi harcanan zaman, sosyal uygulamaları kullanma, oyun oynama), psikososyal faktörler (dürtüsellik, nevroitiklik ve yalnızlık) ve komorbid hastalıklar (genel olarak depresyon, kaygı) gibi çeşitli risk faktörleri ile ilişkili olduğunu gösterilmiştir (107).

Güney Kore’de İOOB tanılı 481 katılımcıda (%60.3 erkek, %39.7 kadın, 20-49 yaşa arası) potansiyel risk faktörlerinin değerlendirildiği bir çalışmada, dürtüsellik, kendini kontrol etme yeteneğinin yetersiz olması, kaygı, oyun için para harcanması, hafta içi internette geçirilen sürenin uzunluğu, sosyal aktivitelere katılımın olmaması ve oyun topluluklarına üye olma gibi faktörler İOOB ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur (15).

2.3.6. Eş Hastalanım (Komorbidite)

İnternet bağımlılığı ile ilgili yapılan çalışmalar sıklıkla ek psikiyatrik bozuklukların eşlik ettiğini göstermektedir. Hatta problemlili internet kullanımı olan bireylerde diğer psikiyatrik bozuklukların varlığının istisnadan ziyade bir kural olduğu belirtilmektedir (69). İnternet bağımlılığı komorbiditesi ile ilgili daha önce yapılmış birçok çalışma olmasına rağmen, İOOB’de psikiyatrik bozukluklara odaklanan az sayıda çalışma bulunmaktadır (108). Bununla birlikte, İOOB komorbiditesi ile ilgili yapılan çalışmaların çoğu ölçeklere dayandığı için eş hastalanımın değerlendirilmesinde eksiklikler bulunmaktadır (109).

Ha ve arkadaşları tarafından internet bağımlılığı olan 12 çocuk (9 erkek) ve 12 ergende (11 erkek) yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılarak psikiyatrik eş hastalanım değerlendirildiğinde %50’si en az bir psikiyatrik tanı almıştır. Çocuk grubunda 7 olguda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) en sık tanı olurken, ergen grubunda ise 3 kişide majör depresif bozukluk (MDB), bir kişide şizofreni ve bir kişide obsesif kompulsif bozukluk (OKB) saptanmıştır. Bu çalışma komorbiditenin yaş ile beraber değiştiğini göstermektedir (110).

Güney Kore’de 39 yetişkin internet bağımlısında (%71.8 erkek) yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılarak yapılan bir çalışmada, depresyon (%36.8), alkol kullanım bozukluğu (%28.9), nikotin kullanım bozukluğu (%25.6),

yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) (%18.4), özgül fobi (%13.5), sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) (%5.1), OKB (%7.7), travma sonrası stres bozukluğu (TTSB) (%7.7) komorbid psikiyatrik tanılar olarak gözlenmiştir. Bu çalışmada, internet bağımlılığının alkol ve nikotin kullanım bozukluğu, depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ile ilişkili olduğunu tespit etmiştir (111).

Shapire ve arkadaşları (2000) problemleri internet kullanımı olan 20 yetişkinde yapılandırılmış görüşme tekniği kullanarak eş hastalanımı değerlendirdiği bir çalışmada, kişilerin %70'inde duygudurum bozuklukları (depresyon % 10, bipolar %60), %60'ında anksiyete bozukluğu (en sık SAB % 40), %10'unda madde kötüye kullanımı (yaşam boyu % 55) tespit edilmiştir. Olguların %35'inde dürtü kontrol bozukluğu (yaşam boyu %50 ve patolojik kumar %5, kleptomani %10, aralıklı patlayıcı bozukluk %15, kompulsif alışveriş %20) saptanmıştır (112).

Bernandi ve arkadaşları tarafından 50 erişkinin değerlendirildiği bir çalışmada SAB (%15), YAB (%15), DEHB (%14), hipomani (%7), distimi (%7), obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (%7), borderline kişilik bozukluğu (%14) ve çekingen kişilik bozukluğu (%7) saptanmış ve dissosiyatif deneyimlerin ölçeğindeki yüksek puanların internet bağımlılığının şiddeti ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır (113).

Tayvan'da yapılan 18-23 yaş arası 2114 kişiyi içeren bir çalışmada internet bağımlılığının şiddetiyle DEHB, depresyon, sosyal fobi ve artmış agresyon oranları arasında bir ilişki saptanmıştır. DEHB ve depresyon her iki cinsiyetle ilişkili bulunurken agresyon oranları sadece erkek ergenlerde ilişkili bulunmuştur. Aynı çalışmada DEHB, depresyon, düşmanca davranış bulgularının problematik internet kullanımına yatkınlık sağladığı ancak sosyal fobinin internet bağımlılığı sonucu oluştuğu belirtilmiştir (114).

Ho ve arkadaşları internet bağımlılığı ve psikiyatrik eş hastalanım arasındaki ilişkiyi incelediği 8 makaleden oluşan bir metaanaliz çalışmasında, 1641 internet bağımlısı ve 11.210 kontrol olgusu değerlendirmiştir. İnternet bağımlılığı olan grupta alkol kötüye kullanım oranı %13.3 (kontrol grubunda %4.3), DEHB oranı %21.7 (kontrol grubunda 8.9), depresyon oranı %26.3 (kontrol grubunda %11.7) ve

anksiyete bozukluğu oranı %23.3 (kontrol grubunda %10.3) olarak saptanmıştır. Psikiyatrik komorbidite prevalansı ergenler (10-18 yaş), genç erişkinler (19-39 yaş), orta erişkinler ve yaşlılar (40-76 yaş) şeklinde üç gruba ayrılarak incelendiğinde ergenlerde alkol kötüye kullanımı, genç erişkinlerde DEHB ve anksiyete, orta erişkinlik ve yaşlılıkta ise depresyon internet bağımlılığı ilişkili bulunmuştur. Bu çalışma, internet bağımlılığı ile psikiyatrik eş hastalanım arasındaki ilişkiyi heterojeniteyi göz önüne alarak değerlendiren ilk çalışmakla olmakla beraber, internet bağımlılığının alkol kötüye kullanım, depresyon, DEHB ve anksiyete bozuklukları ile ilişkili olduğunu göstermiştir (115).

Carli ve arkadaşlarının patolojik internet kullanımı ile psikiyatrik komorbidite arasındaki ilişkiyi incelediği bir derlemede, patolojik internet kullanımının depresyon (%75), anksiyete (%57), DEHB belirtileri (%100), obsesif kompulsif belirtiler (%60) ve düşmanlık / saldırganlık (%66) ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Patolojik internet kullanımı ergenlerde DEHB, depresyon ve obsesif kompulsif belirtiler ile ilişkiliyken; genç erişkinlerde DEHB, depresyon ve anksiyete ile ilişkili bulunmuştur (116).

Güney Koreli 20-49 yaş aralığında 3041 erişkinle (1824 erkek, 1217 kadın) yapılan bir çalışmada, DSM-5 tanı kriterleri kullanılarak İOOB tanısı alan 419 (%13.8) kişinin kısa semptom envanterinde somatizasyon, obsesyon-kompulsiyon, depresyon, kişilerarası duyarlılık, anksiyete, düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve psikotizm gibi dokuz psikiyatrik belirti puanları ve Barret dürtüsellik ölçek puanları sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (109).

Çevrimiçi oyun oynayan 722 genç erişkinde (601 erkek, 121 kadın) internet üzerinden ölçekler aracılığıyla sosyal fobi, depresyon ve somatik semptomlarının değerlendirildiği bir çalışmada, internet bağımlılığı ölçeğindeki yüksek skorlar haftalık ortalama oyun süresinin uzunluğu, oyun oynama öyküsünün uzun olması, depresyon ve sosyal fobi ile ilişkiliyken; depresyon, kadın cinsiyet, haftalık internette geçirilen sürenin uzunluğu, sosyal fobi ve internet bağımlılığı ölçeklerinin yüksek skorları ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Kadın oyunculara haftalık oyun oynama

süresi daha kısa olmasına rağmen depresyon ve sosyal fobi skorları daha yüksek saptanmıştır (117).

Problemli video oyunu kullanımı olan olgular (n:156) ile problemli video oyun kullanımı olmayan olgularda (n:1789) belirti tarama listesi (SCL-90) kullanılarak eş hastalanımı karşılaştıran bir çalışmada, problemli video oyunu oynayan olgularda daha yüksek bulunan SCL-90 skorlarına rağmen, iki grupta da psikopatoloji açısından anlamlı fark saptanmamıştır. İki grupta da obsesif kompulsif, kişilerarası duyarlılık ve depresyon alt ölçek puanları, fobik anksiyete, somatizasyon ve anksiyete alt ölçek puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışma, herhangi bir video oyunu kullanımının bazı psikopatoloji alanları (örneğin; obsesif-kompulsif eğilimler, sosyal kaygı ve depresyon) ile ilişkili olduğunu göstermektedir (118).

Ülkemizde ergen yaş grubunda yapılan sınırlı sayıda çalışma olduğu ve bu çalışmalar arasında yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılarak gerçekleştirilen az sayıda çalışma olduğu görülmektedir.

Yarı yapılandırılmış görüşme tekniğiyle yapılan Türkiye’den bir araştırmada İOOB olan 52 ergenin %92.3’ünde, 47 kontrol olgusunun %46.8’inde en az bir psikiyatrik tanı saptanmıştır. İOOB olan grupta en sık görülen tanıları sırasıyla DEHB (%48.1), SAB (%44.2), depresyon (%38.4) ve karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (KOKGB) (%28.8) şeklindedir. Aynı zamanda İOOB grubunun ikisinde (%3.8) panik bozukluk, birinde (%1.9) ayrılık anksiyetesi bozukluğu (AAB), 3’ünde (%5.8) YAB, 10’unda (%19.2) özgül fobi, 3’ünde (%5.8) OKB, ikisinde (%3.8) enürezis, birinde (%1.9) tik bozukluğu, ikisinde (%3.8) ise TSSB saptanmıştır (13).

Yine başka bir araştırmada İOOB olgularının %90’ında, kontrol olgularının %56’sında en az bir psikiyatrik tanı saptanmıştır. Araştırmaya katılan olgularda en sık konulan tanıların DEHB (%50), SAB (%38), KOKGB (%22) ve depresyon (%22) olduğu bildirilmiştir. İOOB olan grupta özgül fobi %18, enürezis %12, YAB %10, tik bozukluğu %10, OKB %2, panik bozukluk %2, AAB %2, davranım bozukluğu %2 ve TSSB %2 olarak saptanmıştır (16).

Tahiroğlu ve arkadaşlarının psikiyatrik bozukluğu olan ve olmayan 12-18 yaş arası 884 ergende internet kullanım özelliklerini ve problemli internet kullanımını

araştırdıkları çalışmada, psikiyatrik bozukluğu olan (en sık DEHB sonra kaygı, duygudurum bozukluğu) ergenlerin %23.8'inin haftada 8 saatten daha fazla internet kullandığı bildirilmiştir. İnternette bilişsel durum ölçeğinden alınan puanların psikiyatrik örnekleme toplum örneklemine göre daha fazla olduğu ve en yüksek puanların ise DEHB grubunda olduğu görülmüştür (119).

2.3.7. Tedavi

İnternet oyun oynama bozukluğunun tedavisi ile ilgili araştırmalara bakıldığında bu alandaki çalışmaların sınırlı olduğu, bu bozukluğa özgü geliştirilmiş ve etkinliği kanıtlanmış bir tedavi protokolünün halen bulunmadığı dikkat çekmektedir. Mevcut İOOB tedavisi ile ilgili yapılan çalışmalar daha çok internet bağımlılığı için kullanılan müdahale tekniklerini veya bu tür tekniklerin İOOB'ye uyarlanmış şeklini içermektedir (18). Bununla birlikte son dönem yapılan çalışmalar, internet bağımlılığı tedavisinde en iyi yaklaşımın bireysel yaklaşım olduğunu ve psikoterapi ile psikofarmakoterapi kombinasyonunun en etkili tedavi şekli olduğunu göstermektedir (19).

2.3.7.1. Farmakoterapi

İnternet bağımlılarının önemli bir kısmında eş tanı olarak bulunan psikiyatrik bozukluklar çoğunlukla hastalığın gidişatını kötüleştirdikleri gibi internet bağımlılığının nedeni de olabilmektedir. Bu nedenle altta yatan yatan bir psikiyatrik bozukluk varsa öncelikle bunun tedavisinin yapılması gerekmektedir. Eğer internet bağımlılığı başka bir psikiyatrik bozukluğun belirtisi değil ise, dürtü kontrol bozukluğuna daha benzer bir bozukluk olarak düşünülmesi nedeniyle seçilecek olan farmakoterapinin duygudurum düzenleyicisi olması iyi bir seçenek olarak görülmektedir (20).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan ve internet video oyunları oynayan 62 çocuğa (52 erkek, 10 kız) metilfenidat OROS (18-54 mg/g) tedavisi başlayıp 8 hafta sonunda etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmada, Young internet bağımlılığı ölçek puanında ve haftalık oyun oynama süresinde azalma tespit edilmiştir ve bu değişiklik DEHB toplam ve dikkatsizlik puanlarındaki değişimle

ilişkili bulunmuştur. Bu durum internet video oyunlarının DEHB kendi kendini tedavi etme yöntemi olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (120).

Park ve arkadaşlarının yaptığı, problemli oyun oynama ve DEHB tanısı olan 86 ergenin metilfenidat tedavi grubuna (n:44) ve atomoksetin tedavi grubuna (n:42) ayrılıp 12 hafta boyunca tedavi edildiği bir çalışmada, metilfenidatın DEHB ölçek puanlarında, atomoksetinin ise çocuklar için depresyon ölçeği (ÇDÖ) puanlarında daha fazla iyileşme sağladığı gösterilmiştir. Her iki tedaviyle de internet bağımlılığı ve dürtüsellik ölçek puanlarında benzer ve anlamlı azalma bulunmuştur. İnternet bağımlılığı ölçeği puanlarındaki azalmayla dürtüsellik ölçek puanlarındaki azalma birbiriyle ilişkili bulunmuş ve dürtüsellik problemli oyun oynamada önemli bir rolü olduğu konusuna vurgu yapılmıştır (121).

Oyun bağımlısı olan 11 kişi ve 8 sağlıklı kontrolün tedaviye alındığı bir çalışmada, tedavi başlangıcında ve bupropion SR tedavisi sonrasında oyun görüntüleriyle beyinde oluşan aktivasyon cevabı fMRI ile karşılaştırılmıştır. 6 haftalık bupropion SR tedavisiyle bağımlı olan grupta dorsolateral prefrontal kortekste oyun görüntüleri ile tetiklenen artmış beyin aktivasyonunda azalma, oyun isteğinde ve oyunda geçirilen sürede düşüş gözlenmiştir (122).

Online oyun bağımlısı ve eşlik eden depresyonu olan 50 kişinin rastgele bupropion ve eğitim alanlar ile plasebo ve eğitim alanlar olarak 2 gruba ayrıldığı bir çalışmada, tedavi 8 haftalık aktif tedavi fazı ve 4 haftalık tedavi sonrası izlem fazı olmak üzere 12 hafta şeklinde planlanmıştır. Çalışmada her iki gruba sağlıklı internet kullanımı ve aşırı video oyunu oynamanın olumsuz sonuçları üzerine odaklanan 8 haftalık eğitim verilmiştir. 8 haftalık tedavi sonrası bupropion alan grupta çevrimiçi oyun oynama süresinin, Young internet bağımlılığı ve Beck depresyon ölçeği skorlarının plasebo alan gruba göre daha fazla azaldığı tespit edilmiştir ve 4 haftalık takip süresinde de bupropion alan gruptaki tedavi kazanımlarının devam ettiği gösterilmiştir. Bu çalışma, bupropionun hem depresif semptomları iyileştirmede hem de aşırı oyun oynamanın şiddetini azaltmada etkili olduğunu göstermiştir (123).

İnternet oyun oynama bozukluğu olan kişilerde bupropion ve essitalopramın etkinliğini karşılaştıran bir çalışmada, 119 ergen ve genç erişkin, bupropion grubu

(n:44), essitalopram grubu (n:42) ve ilaçsız-gözlem grubu (n:33) olmak üzere üç gruba ayrılmış, çalışmanın başlangıcında ve 6 haftalık tedavi sonrasında değerlendirme yapılmıştır. İOOB semptomlarının tedavisinde hem bupropion hem de essitalopram etkili bulunmakla birlikte bupropionun dikkat ve dürtüsellik üzerine essitalopramdan daha etkili bulunduğu belirtilmiştir (124).

İnternet oyun oynama bozukluğu ve beraberinde depresyonu olan başka bir çalışmada ise 30 kişiye rastgele bupropion (300 mg/g) ve essitalopram (20 mg/g) verilip etkinliği 12 haftalık tedavi sonrası değerlendirilmiştir. İOOB ve depresif semptomların tedavisinde hem essitalopram hem de bupropion etkili bulunmakla birlikte DEHB ölçek puanlarının azaltılmasında bupropionun essitalopramdan daha etkili olduğu bildirilmiştir (125).

Dürtüsel-kompulsif internet kullanım bozukluğu olan 19 olguda essitalopramın etkinliğinin incelendiği bir çalışmada, 10 haftalık tedavi sonucunda internet kullanım süresinde büyük oranda azalma saptanmıştır. 10 haftadan sonra 7 olgu essitalopram kullanmaya devam ederken, 7 olguya plasebo verilmiştir. 9 haftalık izlem süresince plasebo alan grup ile essitalopram alan grup arasında ilk 10 haftalık kazanımlar açısından bir fark bulunmamıştır (126).

2.3.7.2. Psikoterapi

Bilişsel davranış tedavinin, İOOB (21) ve internet bağımlılığı (23) tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir. İnternet bağımlılığı ve İOOB tedavisinde BDT, internet kullanımını kontrol etmek için davranış modifikasyonu, bağımlılığa yol açan bilişsel çarpıtmaları tanımlamak, değiştirmek, bilişsel yeniden yapılandırma ve bunlarla ilişkili eş zamanlı sorunları ele almak ve tedavi etmek şeklinde aşamalardan oluşmaktadır (21,23).

İnternet bağımlılığının tedavisi için geliştirilen bilişsel davranışçı modeller arasında en kapsamlı ve işlevsel olan Davis ve Young'ın modelleridir (127). Davis'in internet bağımlılığı olan hastalarda önerdiği bilişsel davranışçı tedavi protokolü Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7: Davis'in Önerdiği Bilişsel Davranışçı Tedavide Atılması Gereken Adımlar (98)

- Kişinin internetten uzak kalıp kalamadığının tespiti
- Bilgisayarın yerinin değiştirilmesi ve diğer insanların bulunduğu yere nakli
- Diğer insanlar ile beraber internete bağlanması
- İnternete bağlanma zamanını değiştirmesi
- İnternet defteri oluşturma
- Persona (nickname) kullanımına son vermesi
- Arkadaşlarından ve yakınlarından internet ile ilgili problemleri olduğunu saklamaması
- Spor aktivitelerine katılması
- İnternet tatillerinin verilmesi
- Otomatik düşüncelerin ele alınması
- Gevşeme egzersizleri
- İnternete bağlanma sırasında hissedilenlerin not edilmesi
- Yeni sosyal becerilerin kazandırılması
- Bahaneler üretmeyi durdurmak
- Problem çözme ve sosyal becerilerin kazandırılması
- Ertelemenin durdurulması

Young'ın terapisi ise zamanla sınırlı olup genelde üç ay veya 12 oturum sürmektedir. İlk önce olgunun interneti hafta içi ve hafta sonu kullanım süresi, interneti kullanıldığı yer, interneti kullanılma amacı, interneti kullandığı ortamların özellikleri, interneti kullanma isteğini etkileyen durumlar belirlenir. Bu analizler sonucunda internet kullanma motivasyonunu etkileyen faktörler tespit edilir ve birey internet kullanımının düzenlenmesine direnç gösteriyorsa, kişiye özel düzenlemeler yapılarak bu dirençler aşılmaya çalışılır (127). Young'ın önerdiği modelde 12 haftalık terapi süresince Tablo 8'de gösterilen düzenlemeler yapılır.

Tablo 8: Young'ın Önerdiği 12 Haftalık Tedavi Süresince Yapılacak Düzenlemeler (127).

- İnternet kullanımını zıt saatlere kaydırmak
- Dış durdurucular kullanmak
- İnternet kullanımı ile ilgili hedefler belirlemek
- Çok kullanılan belli bir internet işlevinden uzak durmak
- Hatırlatıcı kartlar kullanmak
- Kişisel defter oluşturmak
- Destek grupları
- Aile terapisi

Young'ın 128 erişkin internet bağımlısı üzerinde yaptığı internet kullanımını kontrol etmek için davranış değişikliği, bağımlı kullanıma yol açan bilişsel çarpıtmaların tanımlanması, bilişsel yeniden yapılandırma, internet bağımlılığına eşlik eden psikiyatrik hastalıkların belirlenmesi ve tedavi edilmesi şeklindeki aşamaları içeren 12 oturumluk BDT çalışmasında, olguların %95'inden fazlasının on iki hafta sonunda semptomlarının düzeldiği ve tedaviden altı ay sonra da olguların %78'inin iyileşmeyi sürdürdüğü gösterilmiştir (23).

Young'ın 114 internet bağımlısı erişkinde BDT etkinliğini değerlendirdiği başka bir çalışmada ise, hasta motivasyonu, çevrimiçi zaman yönetimi, sosyal ilişkilerde düzelme, internet dışı aktivitelerle uğraşabilme, problemlili uygulamalardan kaçınma becerisi 3.,8.,12. seanslarda ve 6. ayda değerlendirilmiştir. Olguların büyük kısmında üçüncü seanstan itibaren klinik düzelme başlamakla beraber sekiz seans sonunda belirgin klinik düzelme bildirilmiştir ve altı aylık izlem süresince kazanımların devam ettiği gösterilmiştir. Terapinin erken döneminde en etkin düzelmenin çevrimiçi zaman yönetiminde olduğu, sosyal sorunların ise terapinin geç dönemlerinde genellikle de 12. seansta düzeldiği bildirilmiştir (128).

İnternet bağımlılığı olan ergenlerde grup BDT'nin etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmada, 12-17 yaş arası 56 ergen rastgele aktif tedavi grubuna (n:32) ve kontrol grubuna (n:24) ayrılarak aktif tedavi grubundaki ergenlere, ebeveynlerine ve öğretmenlerine multimodal okul tabanlı grup BDT programı uygulanmıştır. Ergenlere uygulanan 8 seanslı multimodal okul tabanlı grup BDT oturumları, duyguları tanıma ve kontrol etme, internet üzerinden geliştirilen ilişkiler ve deneyimlerle baş etme, sağlıklı iletişim ilkeleri, bağımlılık davranışını tanımlama ve bağımlılık davranışının nasıl durdurulacağını gözden geçirme aşamalarından oluşurken; ebeveyn eğitimi çocuğun duygudurumunu tanıma, aile üyeleri ile arasında sağlıklı iletişim geliştirme, problem çözme teknikleri, kendi duygu ve davranışlarını kontrol etme konuları çalışılmıştır ve öğretmenlere de internet bağımlılığı ile ilgili psikoeğitim verilmiştir. 8 hafta sonunda değerlendirme yapıldığında tedavi grubunda internet kullanım süresinde azalma, zaman yönetim becerilerinde gelişme, internet ile ilgili duygusal, bilişsel ve davranışsal belirtilerde düzelme bildirilmiştir (129).

Almanya'da 12-18 yaş arası 3240 ergende problemlı internet kullanım bozukluğu için tarama yapıldığında riskli bulunan 340 ergen rastgele BDT'ye dayanan 4 seanslı kısa müdahale grubuna (n:170) ve kontrol grubuna (n:170) ayrılmıştır. BDT seanslarında psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma (işlevsel olmayan inançların tespiti ve değiştirilmesi), davranış değişikliği (problem çözme becerilerini geliştirmesi ve sorunlarla baş etme tekniklerinin öğretilmesi) gibi konular üzerinde çalışılmıştır. 4 haftalık tedavi sonunda tedavi etkinliği değerlendirildiğinde; BDT grubunda problemlı internet kullanım semptomlarının, eşlik eden komorbid hastalıkların ve okulla ilişkili olumsuz sonuçların anlamlı azalma gösterdiği ve kazanımların 4. ve 12. ayda da devam ettiği görölmüştür (130).

İnternet ve bilgisayar oyun bağımlılığında BDT'yi temel alan kısa süreli tedavi programının etkinliğinin incelendiği bir çalışmaya, 18-47 yaş arası internet bağımlılığı kriterlerini karşılayan, 42 erkek olgu alınmış ve bu olgulara 15 grup terapi seansı ve 8 bireysel terapi seansı uygulanmıştır. Programın ilk kısmında internet kullanım davranışı ve tedavi hedefleri belirlenip, komorbid bozukluklar tespit edilmiştir. İkinci kısmında, internet kullanım davranışının tetikleyen faktörler belirlenip bilişsel yeniden yapılandırma aşamaları uygulanırken, tedavinin son aşamasında alternatif davranış oluşturma ve nüksü önleme üzerinde çalışılmıştır (Tablo 7). Tedavi sonunda etkinlik değerlendirildiğinde internet ve bilgisayar oyun bağımlılığı ölçek skorlarında ve klinik global izlem puanında azalma, kısa semptom envanterindeki belirtilerde (somatizasyon, obsesif-kompulsif belirtiler, depresyon, anksiyete, saldırganlık, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, psikotizm) düzelme, internet başında geçirilen sürede düşüş anlamlı bulunmuştur. Aynı zamanda, internet kullanımından kaynaklanan sorunlarda da (sağlık sorunları, aile, arkadaş, iş ve okul vb.) düzelmeler bildirilmiştir (131).

Tablo 9: İnternet ve Bilgisayar Oyun Bağımlılığı için Kısa Süreli Tedavi Programı (131).

Giriş	İnternet Bağımlılığı tanısını koyma Güncel ve yaşam boyu internet kullanım anamnezi Sorunlu olarak kullanılan çevrimiçi içeriklerin tanımlanması Komorbid hastalıkların tespiti Psikopatolojik belirtilerin ve psikososyal kaynakların belirlenmesi
İlk Aşama	Terapiyi başlama Davranışsal değişim için motivasyonun değerlendirilmesi Tedavi hedeflerinin belirlenmesi Psikoeğitim
Davranış Değişikliği	Psikoeğitim İnternet kullanımını tetikleyen faktörlerin belirlenmesi Bilişsel yeniden yapılandırma İnternet bağımlılığı için bireysel tedavinin geliştirilmesi Duygusal durumların ayırt edilmesi Sosyal beceri eğitimi Alternatif davranışların ve ilgi alanlarının yeniden oluşturulması
Nüks Önleme	Alternatif davranışların ve ilgi alanlarının yeniden oluşturulması Maruz bırakma ve internet kullanımını durdurma teknikleri

İnternet oyun oynama bozukluğu ve eşlik eden komorbid bozukluklara odaklanan, hedef kitlesinin 12-18 yaş arası ergenlerin olduğu BDT'ye dayanan, 22 seanstan oluşan ve 6 ay devam eden teknoloji bağımlılığı için bireyselleştirilmiş psikoterapi programının (PIPATIC) etkinliği şimdiye kadar toplam 17 ergenin dahil edildiği üç çalışmada değerlendirilmiştir. Bilişsel davranışçı yaklaşıma dayanan PIPATIC programı; empati, aktif dinleme, kabul etme, güvenme, açıklama, yüzleşme, yorumlama, geri bildirimde bulunma, yeteneklerini ve sorumluluğunu geliştirme, motivasyonu arttırma, içgörü kazandırma şeklinde hedefleri içermektedir. PIPATIC programı ile internet oyunu oynama süresinin ve İOOB semptomlarının azaldığı, eş hastalanım semptomlarının düzeldiği gösterilmiştir. Aynı zamanda PIPATIC programı ile günlük işlevsellikte (kişiler arası ve aile ilişkileri, eğitim vb.) düzelme de bildirilmiştir (132-134).

Li ve arkadaşlarının (2013) yaptığı, aşırı oyun oynayan 28 erkek ergenin (12-19 yaş arası) rastgele grup BDT (n:14) ve basit danışmanlık (n:14) gruplarına ayrılarak etkinliğini karşılaştıran bir çalışmada, her iki grup ile 6 hafta boyunca 12 seanslık görüşmeler yapılmıştır. BDT programı; çevrimiçi oyun bağımlılığının olumsuz sonuçlarının saptanması, tedavi hedefinin belirlenmesi, çevrimiçi oyun bağımlılığı ile ilgili bilişsel çarpıtmaların saptanması ve tartışılması, bilişsel yeniden yapılandırma, günlük sıkıntılar ve stres ile baş etme tekniklerinin öğretilmesi, iletişim becerilerinin geliştirilmesi aşamalarından oluşmaktadır. 6 haftalık tedavi sonrasında hem BDT grubunda hem de basit danışmanlık grubunda internet bağımlılığı, oyun bağımlılığı, depresyon ve anksiyete ölçek puanlarında azalma olmakla beraber, gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu çalışmada, grup BDT ve basit danışmanlık için benzer tedavi etkileri bildirilmiştir (135).

Bilişsel davranışçı tedavinin beyin aktivasyonuna etkisinin değerlendirildiği 26 İOOB hastası ve 30 sağlıklı kontolden oluşan bir çalışmada, tedavi öncesi fonksiyonel bağlantı ve düşük frekanslı amplitüd değeri fMRI ile ölçüldüğünde İOOB grubunda bilateral putamen, sağ medial orbitofrontal korteks, bilateral suplementar motor alan, sol postsentral girus ve sol anterior singulat kortekste düşük frekanslı amplitüd değerleri kontrol grubuna göre yüksek bulunurken, kontrol grubunda sol medial orbitofrontal korteks ile putamen arasındaki fonksiyonel bağlantı İOOB grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. İOOB grubunda 12 haftalık BDT programını tamamlayan 20 kişide tedavi etkinliği ve beyin aktivasyonu tekrar değerlendirildiğinde haftalık oyun oynama süresinde düşüş, internet bağımlılığı ve Barratt dürtüsellik ölçeği puanında anlamlı azalma gösterilmiştir. Aynı zamanda, İOOB olgularında tedavi sonrası sol üst orbitofrontal korteks ve sol putamende düşük frekanslı amplitüd değerlerinin anlamlı olarak azaldığı ve iki bölge arasındaki fonksiyonel bağlantının anlamlı olarak arttığı gösterilmiştir. Bu çalışmada, BDT'nin İOOB olan hastalarda prefrontal-striatal bölgedeki anormal düşük frekanslı amplitüd değerlerini düzenlediği ve İOOB semptomlarını azalttığı bildirilmiştir (136).

Problemlili çevrimiçi oyun oynama ve eşlik eden depresyonu olan ergenlerde BDT'ye bupropion eklenmesinin etkinliğini inceleyen bir çalışmada, 65 ergen rastgele BDT ile eş zamanlı bupropion tedavisi verilen (n:32) ve sadece bupropion

tedavisi verilen (n:33) 2 gruba ayrılmıştır. Çalışmanın başlangıcında ve 8 haftalık tedavi süreç sonunda BDT ile eş zamanlı bupropion tedavisi verilen grupta Young internet bağımlılığı ölçek puanında, sadece bupropion tedavisi verilen gruba göre anlamlı azalma bildirilirken, hem BDT ile eş zamanlı bupropion tedavisi alan grupta, hem de sadece bupropion tedavisi alan grupta depresyon ölçeği puanlarının azalması açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Bu çalışmada, BDT'ye bupropion eklenmesi ile çevrimiçi oyun oynama süresi ve anksiyete ölçek puanlarında azalma olmasıyla birlikte yaşam memnuniyetinde iyileşme olduğu gösterilmiştir (137).

İnternet oyun oynama bozukluğu olan ergenlerde BDT'ye ebeveyn psikoeğitiminin eklenmesinin tedavi yanıtına etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada, 30 ergen rastgele 12 seans BDT uygulanan olgu grubuna (n:15) ve 12 seanslık BDT ile 6 seans aile psikoeğitimi verilen kontrol grubuna (n:15) ayrılmıştır. Hem olgu hem de kontrol grubunda İOOB ile ilişkili semptomlarda azalma olmakla beraber, olgu grubunda azalmanın daha fazla olduğu, ebeveyn psikoeğitimi eklenmesinin semptom şiddetini azaltmada etkisiz olduğu bildirilmiştir (138).

2.3.7.3. Aile terapisi

İnternet bağımlısı olgularıyla yapılan bireysel terapi oturumlarının yanı sıra aileninde bu konuda eğitilmesi ve desteklenmesi oldukça önemlidir. Bağımlılığı tetikleyebilecek aile içi dinamiklerin ele alınması ve ailenin sağlıklı işlevlerinin geliştirilmesi konusunda desteklenmesi, bağımlılığın tedavisi açısından oldukça önemli görülmektedir (139).

Çevrimiçi oyun bağımlılığı olan ergenlerde aile terapisinin etkisinin incelendiği bir çalışmada, online oyun bağımlısı 15 ergenin ebeveynlerinde 3 hafta boyunca (4 gün/hafta;1 saat/gün) aile uyumu arttırılmaya çalışılmıştır. 3 haftalık aile terapisiyle aile ilişkilerinde iyileşme, online oyun oynama süresinde ve Young internet bağımlılığı ölçek puanında azalma bildirilmiştir (140).

İnternet bağımlılığı tedavisinde aile grup terapisinin etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmada, internet bağımlılığı olan 46 ergen ve ebeveyları tedavi grubuna (n:21) ve kontrol grubuna (n: 25) ayrılmıştır. 6 seanslık aile grup terapisi sonucu değerlendirildiğinde tedavi grubunda, internet bağımlılığı şiddetinin

ve internette geçirilen sürenin azaldığı ve tedavi yanıtının 3 aylık takipte devam ettiği gösterilmiştir. Bu çalışmada, internet bağımlılığı tedavisinde ebeveyn-ergen etkileşimini arttırmanın önemli olduğu vurgulanmıştır (141).

Aile terapisi ve motivasyonel görüşmeleri içeren çok seviyeli tedavi müdahalesinin internet bağımlısı 11-15 yaş arası 59 ergende (58 erkek, 1 kadın) etkinliğinin incelendiği bir çalışmada, başlangıç ile tedavi sonrası karşılaştırıldığında internet bağımlılığı semptomlarının ve internet bağımlılık ölçeği puanlarının anlamlı azalma gösterdiği bildirilmiştir (142).

İnternet bağımlılığı olan ergenlerde aile temelli grup müdahalesinin etkinliğini değerlendiren bir çalışmada, internet bağımlısı 57 ergen rasgele müdahale grubuna (n:28, yaş ort. 17.9 ± 3) ve kontrol grubuna (n:29, yaş ort. 18.3 ± 2) ayrılmıştır. Müdahale grubundaki grup terapisi; sadece ergenlere, sadece ebeveynlerine, ergen ve ebeveynlere birlikte olmak üzere üç şekilde uygulanırken, kontrol grubundaki grup terapisi sadece internet bağımlısı ergenlere uygulanmıştır. 14 seanslık tedavi sonucunda tedavi etkinlikleri karşılaştırıldığında her iki grupta da sosyal konforu, depresyonu, dürtü kontrolünü ve dikkat dağınıklığını ölçen çevrimiçi kognisyon ölçek puanlarında azalma, internet başında geçirilen sürede düşüş görülmekle beraber gruplar arası farklılık saptanmamıştır. 3 aylık takipte müdahale grubunda aile ilişkilerinde düzelmenin kontrol grubuna göre anlamlı daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bu çalışma, aile temelli grup müdahalesinin internet kullanımını azaltmada ve aile işlevini geliştirmede daha etkili olduğunu göstermiştir (143).

2.3.7.4. Diğer Tedaviler

Park ve arkadaşlarının (2016) yaptığı, İOOB’de sanal gerçeklik terapisi (SGT) ile grup BDT etkinliğinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, 24 erişkin rastgele SGT grubuna (n:12) ve grup BDT grubuna (n:12) ayrılıp, her iki grup ile 4 hafta boyunca 8 seanslık görüşmeler yapılmıştır. SGT, gevşeme (5 dk), yüksek riskli bir durum simülasyonu (10 dk) ve ses destekleyici yeniden yapılandırma (10 dk) aşamalarından oluşmuştur. Gevşeme aşamasında rahatlatıcı bir ses dinletilirken, yüksek riskli durumun simülasyon aşamasında katılımcıya oyunla ilgili ipuçları verilerek oyun isteği oluşturulmaya çalışılıp, ses destekli bilişsel yeniden yapılandırmada oyunun en heyecan verici sahnelerinin ortasında kişi hoş olmayan bir

sese maruz bırakılmıştır. Grup BDT seanslarında ise iş ve düzenli yaşam oluşturma, internette aşırı oyun oynamanın sonuçlarını gözden geçirme, motivasyon, stres yönetimi, sorumluluk, beş değişim aşaması, karar verme ve problem çözme, aile ilişkilerinin iyileştirilmesi, gelecek planları konuları tartışılmıştır. Tedavi sonuçlarına bakıldığında hem SGT grubunda hem de grup BDT grubunda Young internet bağımlılığı ölçek puanında azalma olmakla beraber gruplar arası anlamlı fark bildirilmemiştir (144).

İnternet oyun oynama bozukluğu tanılı 14-18 yaş arası 22 erkek ergende BDT, aile terapisi, çözüm odaklı terapi ve motivasyonel görüşmeleri içeren eklettik psikoterapi müdahalesinin etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmada, 13 seanslık programı tamamlayabilen 12 hastanın tedavi yanıtı ergenlerin doldurduğu oyun bağımlılık ölçeği, annelerin doldurduğu problemli video oyunu oynama ölçeği ve terapistler tarafından bildirilen klinik global izlem ölçeği ile değerlendirilmiştir. Tedavi yanıtı için ergenler orta derece etkinlik (istatistiksel olarak anlamlı olmayan), anneler büyük etkinlik (istatistiksel olarak anlamlı iyileşme), terapistler ise sadece 6 hastada orta derecede iyileşme bildirmiştir. Genel olarak, sonuçlar tedavinin etkili olduğunu göstermektedir (145).

Sakuma ve arkadaşlarının yaptığı BDT, medikal bilgilendirme ve bireysel danışmanlık tekniklerinin harmanlandığı “kendini keşfetme kampı” müdahalesinin değerlendirildiği bir çalışmada, İOOB olan 10 ergene (yaş ort: 16.2 ± 2.2) sağlıklı ve iyi düzenlenmiş yaşam aktiviteleri uygulamaları sağlanmış ve internet olmadan kişiler arası etkileşimde bulunmaları desteklenmiştir. Tedavi süresi (8 gece 9 gündüz) klinik psikologların uyguladığı 14 seanslık BDT, hekimler tarafından verilen 3 saatlik sağlık dersi, 8 saatlik bireysel danışmanlık müdahale yöntemleri, atölye çalışmaları, yemek pişirme, doğa yürüyüşleri benzeri etkinliklerden oluşmuştur. Kamp sonrası katılımcıların oyun oynama sürelerinde azalma, problemleri tanıma ve öz yeterlilik düzeylerinde artış bildirilmiştir. Ancak, oyun oynama sürelerindeki azalma 3 aylık takipte olumlu bulunmamıştır (146).

Kim ve arkadaşlarının “Dungeon-Fighter” (DF) adlı bilgisayar oyununu yazım ve konuşma kursuna eğitim aracı olarak kullandıkları bir çalışmada, DF oyunu için her gün 4 saat ve daha fazla zaman harcayan oyun bağımlılığı olan 59 ergen

rastgele deney (n:27) ve kontrol (n:32) gruplarına ayrılmıştır. Denek grubu, 2 ay boyunca her gün 2 saat süren toplam 21 seanstan oluşan DF adlı oyunla ilgili yazım ve konuşma kursuna katılırken, kontrol grubu aynı seanslarda oyuna dayalı olmayan çeşitli konuları ele alan kurslara katılmıştır. Takipte deney grubundaki katılımcıların yazma ve konuşma yeteneklerinin kontrol grubuna göre daha fazla geliştiği gösterilirken, her iki grupta da oyun oynama sürelerinin azaldığı bildirilmiştir (147).

Problemli internet oyunu oynayan 24 kişide 84 saat internet oyunlarından uzak durmanın biliş ve davranışlar üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada, internet oyunlarından kısa süreli uzak durmanın oyun oynama süresini azalttığı, maladaptif oyun bilişlerini ve İOOB semptomlarını düzettiği gösterilmiş ve tedavi kazanımlarının 28. günde devam ettiği bildirilmiştir. Bu çalışmada, internet oyunlarından kısa süreli uzak durmanın maladaptif oyun bilişlerinin değişmesinde ve internette oyun oynama sorunlarının iyileştirilmesinde basit, pratik ve uygun maliyetli bir tedavi yöntemi olabileceği düşünülmüştür (148).

Oyunla ilgili uyumsuz bilişleri değiştirmeyi ve baş etme stratejileri kazandırmayı hedefleyen farkındalık temelli tedavi etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmada, 30 internet bağımlısı (yaş ort: 25 ± 5.4) rastgele 8 haftalık farkındalık temelli tedavi grubuna ve kontrol grubuna ayrılmıştır. Tedavi sonunda tekrar değerlendirildiğinde farkındalık temelli tedavi grubunda İOOB semptomları şiddetinin, oyun isteğinin ve oyunla ilgili uyumsuz bilişlerin anlamlı azalma gösterdiği bildirilmiştir (149).

İnternet bağımlılığı olan erişkinlerde BDT ile elektroakupunkturun (EA) etkinliğinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, 112 katılımcı rastgele EA grubuna (n:39), BDT grubuna (n:36) ve EA (+) BDT grubuna (n:37) ayrılmıştır ve akupunktur 40 gün boyunca hergün, BDT ise 4 günde bir uygulanmıştır. Tedavi sonunda etkinlik değerlendirildiğinde tüm gruplarda Young internet bağımlılığı ölçek puanlarında azalma bildirilmekle beraber, EA grubunda internet bağımlılığı ölçek puanındaki azalma BDT grubuna göre daha fazla olduğu görülmüştür (150).

Aşırı internet kullanımı olan üniversite öğrencilerinde çevrimiçi kendi kendine yardım merkezi (HOSC) adlı sisteminin etkinliğinin değerlendirildiği bir

çalışmada, 65 katılımcı HOSC-laboratuvar ortamı grubuna (n:17), HOSC-doğal ortam grubuna (ev, yurt; n:16), etkileşim olmayan HOSC grubuna (n:16) ve kontrol grubuna (n:16) rastgele ayrılmıştır ve kontrol grubu hariç diğer gruplardaki katılımcılar da tedavi hedefleri belirlenip, internet kullanım davranışını değiştirmeye odaklanan BDT programı uygulanmıştır. Tedavi sonrası HOSC-laboratuvar ortamı, HOSC-doğal ortam ve etkileşim olmayan HOSC grubunda internet kullanım süresinin de ve Young internet bağımlılık ölçeği puanlarında azalma gösterilmekle beraber gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (151).

İnternet oyun oynama bozukluğu olan 59 ergende (12-17 yaş arası, 57 erkek, 2 kız) eşlik eden psikiyatrik bozuklukların belirlendiği ve BDT etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmada, ergenler içselleştirilmiş komorbid hastalıkları olanlar (n:27) ve dışsallaştırılmış komorbid hastalığı olanlar (n:32) şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Yarı-yapılandırılmış görüşme teknikleri kullanılarak eş hastalanım araştırıldığında içselleştirici gruptaki tanılar duygudurum bozukluğu (% 44.4), anksiyete bozukluğu (% 44.4) ve C kümesi kişilik bozukluğu (% 11.1) iken; dışsallaştırıcı gruptaki tanılar yıkıcı davranış bozukluğu (% 48.4), DEHB (% 29) ve uyum bozukluğu (% 22.6) olarak bulunmuştur. Tüm olgulara BDT uygulanıp, tedavi yanıtı 3. ayda değerlendirildiğinde İOOB ve komorbid hastalık semptomlarının içselleştirici gruptaki olguların %63'ünde değişmediği, % 14.8'inde kötüleştiği ve % 18.5'inde iyileşme olduğu; dışsallaştırıcı gruptaki olguların % 41.9'unda değişmediği, % 3.1'inin kötüleştiği ve % 48.4'ünün de iyileşme gösterdiği belirtilmiştir. 6. ayda tedavi yanıtı tekrar değerlendirildiğinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bu çalışma da, tedaviye cevabı komorbid hastalıkların etkileyebileceği ve içselleştirme profiline sahip İOOB olgularının tedavisinin daha karmaşık ve daha uzun olduğu görülmüştür (152).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. YÖNTEM

3.1.1. Çalışma Evreni

Araştırmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniği'ne Nisan 2018- Haziran 2018 tarihleri arasında problemlili internet kullanımı ya da başka sebeplerle ile başvuran 12-18 yaş arasındaki ergenler alınmıştır.

3.1.2. Örneklem Seçimi

Nisan 2018- Haziran 2018 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran ve dahil edilme kriterlerimizi karşılayan tüm hastalar ardışık olarak çalışmaya alınmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- 12-18 yaş arasında olma
- Mevcut bir zeka geriliği olmaması
- DSM-5 tanı kriterlerine göre İnternet Oyunu Oynama Bozukluğu tanısını almış olma

Çalışmadan dışlama kriterleri:

- Psikotik, bipolar ya da otizm spektrum bozukluğu tanısı alması
- Klinik görüşmede sorulan sorulara yanıt vermeyi engelleyecek derecede çocukta veya ailede mental retardasyon olması

3.2. GEREÇLER

3.2.1. Bilgilendirilmiş onam formu (Ek-2)

Polikliniklerden yönlendirilen veya internet bağımlılığı polikliniğine başvuran ailelere ve hastalara gerekli bilgilendirme yapıldıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden ailelerden yazılı onam alınmıştır.

3.2.2. Sosyodemografik veri formu (Ek-3)

Araştırmacılar tarafından geliştirilmiş, hastaların sosyodemografik özelliklerini, internet kullanım sürelerini ve amaçlarını değerlendirmek için kullanılan bir form olup görüşmeci tarafından bireyle ve annesiyle görüşülerek doldurtulacaktır.

3.2.3. Aile ile Okul Çağı Çocukları İçin Duygudurum bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi (ÇDŞG-ŞY) adlı yarı yapılandırılmış görüşme formu

Çocuk ve ergenlerin DSM-IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve bu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla Kaufman ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur (153). 2004 yılında Gökler ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. ÇDŞG-ŞY ile çocuk ve ergendeki geçmiş ve şu andaki psikiyatrik bozukluklar ebeveyn ve çocuktan alınan bilgiler doğrultusunda sorgulanmakta ve klinik tanı klinisyenin gözlemleriyle de birleştirilerek konulmaktadır. Tarama bölümünde çocukluk ve ergenlik döneminde görülen hastalıkların temel belirtileri sorgulanmakta ve her bir belirti 0–3 puan arasında değerlendirilmektedir. Herhangi bir belirtiden 3 puan alan kişiye psikopatolojiye ilişkin ayrıntılı ek sorular sorulmakta ve sonuçta DSM-IV'e göre duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, dışa atım bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, madde kötüye kullanımı, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları değerlendirilebilmektedir. Ölçeğin son bölümünde ise çocuğun genel işlevselliği belirlenmektedir (154).

3.2.4. İnternet Bağımlılığı Ölçeği (Ek-4)

Araştırmada çocuk ve ergenlerin internet bağımlılık düzeylerini ölçmek için Young tarafından 1996 yılında DSM-IV'ün patolojik kumar oynama ölçütlerinden uyarlanarak geliştirilen ve Bayraktar'ın araştırması sırasında İngilizceden Türkçeye çevrilerek daha sonra anlam bütünlüğü bozulmayacak şekilde 12-18 yaş grubu çocuk ve ergenlerin anlayabileceği şekilde uyarlanan İnternet Bağımlılığı Ölçeği kullanılmıştır. Çeviri testin standardize edilmiş Alpha değeri .91, Spearman – Brown değeri .87 olup bu sonuçlar testin güvenilir olduğunu düşündürmektedir. 20 maddeden oluşan likert tipi bir ölçek olup katılımcıdan “Nadiren”, “Ara ara”, “Sık sık”, “Çoğu zaman” veya “Her zaman” seçeneklerinden birini işaretlemesi istenmektedir. Bu seçeneklere sırasıyla 1,2,3,4 ve 5 puan verilmektedir. Testten alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan 100'dür. 80 ve üzeri puan almak işlevsellikte belirgin bozulmanın göstergesi kabul edilmekte ve bu grup “internet bağımlısı” olarak tanımlanmaktadır. 50 -79 puan arası alanlar günlük hayatlarında internetle ilgili bir takım sorunlar yaşayan “riskli internet kullanımı” olan grup olarak tanımlanmaktadır. “49 puan ve altı” alanlar ise yaşamında internet kullanımına bağlı herhangi sorun yaşamayan “ortalama internet kullanıcısı” olarak tanımlanmaktadır (155,156).

3.2.5. Ergenler İçin Oyun Bağımlılığı Ölçeği (Ek-5)

Lemmens, Valkenburg ve Peter tarafından 2009 yılında geliştirilen Ergenler için Oyun Bağımlılığı Ölçeğini Türkçe'ye uyarlanması 2015 yılında Ilgaz tarafından 12-18 yaş aralığında gerçekleştirilmiştir (157). Ölçek orijinal halinde 21 madde ve 7 faktör (belirginlik, dayanıklılık, durum değiştirme, geri çekilme, nüksetme, çatışma ve sorunlar) olarak belirlenmiştir. Her bir faktörde 3 madde yer almaktadır. Ölçeğin derecelendirilmesi 5'li likert tipindedir. Derecelendirmeler, “Asla (1), Nadiren (2), Bazen (3), Sıklıkla (4) ve Çok Sık (5)” olarak puanlanmıştır. Ölçeğin güvenilirliği için Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları hesaplanmıştır. Ölçeğin iç tutarlık kat sayısı 0.92 olarak bulunmuştur.

3.2.6. Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçeği (Ek-6)

Demir ve ark. tarafından 10 yaş ve üzeri çocuk ve ergenlerin sosyal fobi düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiş 25 maddelik likert tipi bir kendini değerlendirme aracıdır (158). Ölçek maddeleri, bir kısmı doğrudan okul ve sınıf ortamındaki durumlar olmak üzere sosyal fobiye yol açabilecek çeşitli durumları ve bunlara verilen tepkileri içermektedir. Ölçeğin güvenirlik katsayısı Cronbach= .82 olarak bildirilmiştir. Bu ölçekten alınabilecek en düşük puan 25, en yüksek puan 125 olup, ölçeğin belirlenmiş kesme puanı yoktur. Ölçekten alınan yüksek puanlar sosyal fobi belirtilerinin fazlalığına işaret etmektedir.

3.2.7. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (Children's Depression Inventory–CDI) (Ek-7)

6-17 yaş çocuklarına uygulanabilen, bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek çocuğa okunarak ya da çocuk tarafından okunarak doldurulur. 27 maddelik ölçekte her madde için üç değişik seçenek bulunmaktadır. Çocuktan son iki hafta için kendisine en uygun cümleyi seçmesi istenir. Örneğin; 1. Kendimi arada sırada üzgün hissederim. 2. Kendimi sık sık üzgün hissederim. 3. Kendimi her zaman üzgün hissederim. Her madde belirtinin şiddetine göre 0, 1 ya da 2 puan alır. Maksimum puan 54'tür. Alınan puan ne kadar yüksekse, depresyon o kadar ağır demektir. Kesim puanı 19 olarak önerilir (159,160). Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Öy tarafından yapılmış ve puan kesim noktası 19 puan olarak saptanmıştır (161).

3.2.8. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (Ek-8)

Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında depresyonlu hastalarda en sık görülen duygusal, somatik, bilişsel ve motivasyona dayalı belirtilere yer verilerek geliştirilmiştir. Ölçeğin amacı hastalarda depresyon belirtilerin derecesini objektif olarak belirlemektir. Ölçeğin Türkiye'deki geçerliği Tegin ve Hisli tarafından yapılmıştır. BDÖ 21 maddeden oluşan bir öz-değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin maddeleri, 0 ile 3 arasında derecelendirilmiştir. Ölçekten elde edilebilecek en düşük toplam puan 0, en yüksek toplam puan ise 63'tür. Alınan puanın artması hastanın depresyon belirtilerinin düzeyinin arttığı anlamına gelmektedir. Türklerde genel olarak 15 ve üzeri puan depresyon olarak kabul edilmektedir (162).

3.2.9. Beck Anksiyete Ölçeği (Ek-9)

Beck ve arkadaşları tarafından adölesan ve erişkin bireylerin yaşadığı anksiyete semptomlarının şiddetini ölçmek amacıyla 1988 yılında geliştirilmiştir. Bireylerin son bir hafta içinde anksiyetenin yaygın semptomları olarak ifade ettikleri duyguları içeren 21 maddeden oluşmaktadır. Hastanın kendisi tarafından doldurulan, dördümlük likert tipi ve 17-80 yaş aralığındaki bireyler için kullanılabilen öz bildirim ölçeğidir. Beck Anksiyete Ölçeği'nin maddeleri duygusal, fizyolojik ve kaygının bilişsel semptomlarını tanımlar. Başlangıcında yönergenin verildiği ve bireyin kendi durumuna göre en iyi uyan ifadeyi işaretlenmesinin istendiği ölçekte en yüksek puan toplam puan 63'tür. İşaretlenen seçenekler 0-3 arasında bir puan alır ve toplam puandaki artma anksiyetenin şiddetinin artması anlamına gelir. Puanlama sonuçlarının klinik klasifikasyonunda önerilen değerler şöyledir: 0-7 minimal anksiyete, 8-15 hafif anksiyete, 16-25 orta düzeyde anksiyete, 26-63 şiddetli anksiyete. Ölçeğin kesme puanı 16 olarak saptanmıştır. Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenirlik çalışması Ulusoy tarafından 1993 yılında yapılmıştır. Ortaya konan çalışmada ölçeğin anksiyete olgularını diğer tanılara sahip olgulardan belirgin olarak ayırabildiği gösterilmiştir. Türkçe versiyonunun güvenirliği; Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .93 olarak saptanmış, madde-toplam puan korelasyon katsayılarının da .45 ve .72 aralığında değiştiği ortaya konmuştur (163,164).

3.2.10. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği-AHÇYTÖ (Parental Attitude Research Instrument-PARI) (Ek-10)

Yapılan bu ölçek, 60 maddeden oluşan Shaffer ve Bell tarafından geliştirilen likert tipi bir ölçektir(23,24). Ölçeğin Türkçeye uyarlanması, Le Compte ve Özer (1978) tarafından yapılmıştır. Bu ölçek ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumlarının değerlendirilmesi için kullanılır ve anne ve babalar tarafından doldurulur. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.91'dir. AHÇYTÖ aşırı annelik, demokratik tutum ve eşitlik tanıma, ev kadınlığını reddetme, karı-koca geçimsizliği, otoriter tutum gibi 5 farklı boyutu değerlendirir. 1-4 arasında puanlanan AHÇYTÖ'nin değerlendirilmesi sırasında 2, 29, 44. maddeler dışında tüm maddeler doğrudan işaretlenen dereceye göre puanlanır. Ölçekten toplam puan elde edilmemekte faktör puanları değerlendirilmektedir. Faktör puanları ayrı ayrı toplanıp 5 ayrı boyutu yansıtan 5 ayrı puan hesaplanır. "Demokratik tutum ve eşitlik tanıma" boyutu dışındaki boyutlarda

puan artışı olumsuz anne-baba tutumlarını gösterir. AHÇYTÖ'nin alt ölçeklerinden 15 alınabilecek en yüksek puan aşırı annelik için 64, demokratik tutum ve eşitlik tanıma için 36, ev kadınlığını reddetme için 52, karı-koca geçimsizliği için 24, baskı ve disiplin alt ölçeği için 64'tür (165).

3.2.11. Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSMIV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği - Turgay (T-DSM-IV; The Turgay DSM-IV Based Disruptive Behavior Disorders Child and Adolescent Rating and Screening Scale, T-DSM-IV-S) (Ek-11)

DSM-IV tanı ölçütlerine dayalı olarak geliştirilen (Turgay, 1995) bu ölçek dikkatsizliği sorgulayan 9, aşırı hareketliliği sorgulayan 6, dürtüselliği sorgulayan 3, karşıt olma karşı gelme bozukluğunu sorgulayan 8 ve davranım bozukluğunu sorgulayan 15 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki maddeler 0 - 3 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin Türk örnekleminde geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (166).

3.3. İŞLEM

Hastaya ve ailesine araştırmanın amacı ve uygulanacak testler açıklandıktan sonra, gönüllü onam belgesi alınmıştır. Çalışmaya dahil edilen katılımcıların sosyodemografik özellikleri, araştırmacı tarafından hazırlanan veri formuyla değerlendirilmiştir.

Çalışma deneysel olarak planlanmış bir olgu – kontrol karşılaştırma çalışmasıdır. Araştırmacı tarafından tüm ergenler ve ebeveynleri ile Okul Çağı Çocukları için Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi Versiyonu – Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY- T) görüşmesi yapılarak mevcut DSM-IV tanıları belirlenmiştir ve DSM-5'e göre de İOOB tanısı değerlendirilmiştir.

İnternet oyun oynama bozukluğu tanısı alan 36 çocuk ve ergen olgu grubuna (BDT grubu, n:18) ve kontrol grubuna (basit danışmanlık grubu, n:18) ardışık olarak alınmıştır. BDT grubundaki katılımcılara 8 haftalık tedavi sürecinde her hafta 1 seans, toplam 8 seans BDT programı uygulanırken, basit danışmanlık grubundaki katılımcılara ayda 1 defa olmak üzere toplam 3 seans basit danışmanlık verilmiştir.

BDT grubundaki katılımcılar ile önce tanısal formülasyon oluşturulup, sonrasında da İOOB için risk oluşturan bilişsel çarpıtmalar saptanmıştır. 8 haftalık BDT programında şu konular tartışılmıştır:

- Tanısal formülasyon
- Psikoeğitim
- Değişim için motivasyon
- Kognitif yeniden yapılandırma ve ev ödevleri
- Davranışsal aktivasyon
- Sürecin ve motivasyonun devamının takibi

Basit danışmanlık grubundaki katılımcılara da İOOB hakkında farkındalık kazandırma ve yaşa uygun sağlıklı internet kullanım süresi konularında psikoeğitim verilmiştir. Hem BDT, hem de basit danışmanlık grubundaki katılımcılarda gerekli durumlarda antidepresan, antipsikotik, psikostimülan ve atomoksetin ilaç tedavisi kullanılmıştır.

Her iki gruptaki tüm ergenlere tedavi öncesi ve tedavinin 4., 8. haftasında tedavi müdahalelerinin eş hastalanıma etkisini değerlendirmek için Çocuklar için Depresyon Ölçeği, Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçeği; internet ve oyun oynama alışkanlıklarını değerlendirmek için İnternet Bağımlılığı ve Ergenler için Oyun Bağımlılığı Ölçeği verilmiştir. Her iki gruptaki katılımcıların annelerine de eş zamanlı olarak Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği, Turgay DSM-4 kökenli Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirti Tarama Ölçeği ve ebeveyn psikopatolojisini belirlemek için de Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeği özbildirim şeklinde verilmiştir. Her iki gruptaki katılımcıların hafta içi ve hafta sonu internette geçirdikleri süre (saat/gün) bilgisi, tedavi öncesi ve tedavinin 4., 8. haftalarında çocuk ve annelerinden bilgi alınarak not edilmiştir.

Hem BDT, hem de basit danışmanlık grubunda 15 ergen 8 haftalık tedavi sürecini tamamlamıştır. BDT grubunda bir katılımcı tedavinin ilk dört haftasında, iki katılımcı da 4 ile 8. hafta arasında tedaviye devam etmek istemedikleri için çalışmadan ayrılırken, basit danışmanlık grubunda da 3 katılımcı (bir kız, iki erkek)

tedavinin ilk görüşmesinden sonra randevularına gelmediklerinden ve telefonla ulaşılamadığından dolayı çalışma dışında bırakılmıştır.

Araştırma protokolü tamamlandıktan sonra, hastaların tedavi ve takipleri hastanemiz İnternet Bağımlılığı Polikliniği'nde devam etmiştir.

3.4. İSTATİKSEL ANALİZ

Verilerin analizi SPSS 21 istatistik programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. BDT ve basit danışmanlık gruplarında yer alan ergenlerin kategorik demografik özelliklerini betimlemek amacıyla yüzde ve frekans istatistiklerinden faydalanılmıştır. Kategorik değişkenlere ait özelliklerin BDT ve basit danışmanlık grupları arasında karşılaştırılması amacıyla ki-kare istatistikleri hesaplanmıştır. Ergenlerin sürekli değişken niteliğindeki demografik özelliklerini betimlemek amacıyla ortalama ve standart sapma istatistikleri hesaplanmıştır. Sürekli değişkenlere ait özelliklerin BDT ve basit danışmanlık grupları arasında karşılaştırmak amacıyla Mann Whitney U testi kullanılmıştır. BDT ve basit danışmanlık uygulamalarının ergenlerin internet kullanım özellikleri ve psikiyatrik belirtileri üzerinde anlamlı düzeyde bir etkisinin olup olmadığının incelenmesi amacıyla tekrarlayan ölçümler için Greenhouse Geisser düzeltmesi kullanılarak varyans analizi (ANOVA) gerçekleştirilmiştir. Her iki grupta da internet kullanım sürelerinin ve ölçek puanlarının hangi haftalar arasında farklılaştığını saptamak için post-hoc LSD testi yapılmıştır. İlaç etkisi kontrol altına alındığında BDT ve basit danışmanlık uygulamasının internet kullanım süresi ve ölçek puanlarına etkisini değerlendirmek için MANCOVA analizi gerçekleştirilmiştir. Sonuçlar için istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.5. ETİK

Çalışma için 03.04.2018 tarihinde 158 protokol no ile Etik Kurul Onayı (Ek-1) alınmış olup bu tarihten sonra çalışma için hasta toplanmaya başlanmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde gerçekleştirilen analizler sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

4.1. SOSYODEMOGRAFİK BULGULAR

Araştırmamıza DSM-5 tanı kriterlerine göre İOOB tanısı alan 12-18 yaş aralığında 15 olgu ve 15 kontrol grubu olmak üzere 30 ergen alınmıştır.

BDT grubunun yaş ortalaması 14.80 ± 1.74 yıl; basit danışmanlık grubunun yaş ortalaması 14.13 ± 1.55 yıl olarak bulunmuştur. Gruplar arasında yaş ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Katılımcılar eğitim durumları açısından değerlendirildiğinde; BDT ve basit danışmanlık grubunda birer kişinin açıköğretim okuduğu, diğer 28 katılımcının örgün eğitime devam etmekte olduğu saptanmıştır. Basit danışmanlık grubunda açıköğretime devam eden bir ergen aynı zamanda çalışmaktaydı. BDT grubunun eğitim süre ortalaması 9.07 ± 1.71 yıl iken, basit danışmanlık grubunun eğitim süresi 8.40 ± 1.50 yıl olarak saptanmıştır ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p>0.05$). BDT ve basit danışmanlık grupları arasında kardeş sayısı, sosyoekonomik düzey, aile yapısı açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

BDT grubundaki katılımcıların annelerinin yaş ortalaması 42.80 ± 7.15 yıl; basit danışmanlık grubundaki katılımcıların annelerinin yaş ortalaması 40.27 ± 6.18 yıl olarak saptanmıştır ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Katılımcıların babalarının yaş ortalaması BDT grubunda 46.06 ± 6.88 yıl; basit danışmanlık grubunda ise 43.20 ± 5.35 olarak bulunmuştur ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Sosyodemografik veri formundaki bilgilere göre katılımcıların anne ve babalarının eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

4.2. İNTERNET KULLANIMIYLA İLGİLİ BULGULAR

İnternet kullanmaya başlama yaşı, internet oyunu oynamaya başlama yaşı ve internet kullanımı ile ilgili sorunların başladığı yaş bilgileri hem ergen hem de ebeveyn ile görüşülerek değerlendirilmiştir. Hem annelerin, hem de ergenlerin bildirimlerine göre; ergenlerin interneti kullanmaya, internet oyunu oynamaya başlama yaşında ve internet kullanımı ile ilgili sorunların başlama yaşı parametrelerinde iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 10).

Tablo 10: BDT ve Basit Danışmanlık Grubundaki Ergenlerin İnternet Kullanımı ile İlgili Bulguları

		Anneye göre		Ergene göre	
		$\bar{X}$ (Std. Sap.)	Z (p)	$\bar{X}$ (Std. Sap.)	Z (p)
İnternet kullanmaya başlama yaşı	BDT Grubu (n=15)	6.47 (± 2.32)		7.20 (± 2.27)	
	BD Grubu (n=15)	7.40 (± 1.84)	-1.20 (-0.230)	6.87 (± 2.13)	-1.62 (0.104)
	Toplam	6.93 (± 2.12)		7.03 (± 2.17)	
İnternet oyunu oynamaya başlama yaşı	BDT Grubu (n=15)	7.67 (± 2.41)		8.67 (± 2.69)	
	BD Grubu (n=15)	7.93 (± 2.09)	-0.42 (0.674)	8.00 (± 2.45)	-0.39 (0.695)
	Toplam	7.80 (± 2.22)		8.33 (± 2.55)	
İnternet kullanımı ile ilgili sorunların başlama yaşı	BDT Grubu (n=15)	11.33 (± 1.88)		12.40 (± 2.10)	
	BD Grubu (n=15)	11.07 (± 1.49)	-0.23 (0.836)	12.07 (± 1.58)	-0.61 (0.541)
	Toplam	11.20 (± 1.67)		12.23 (± 1.83)	

Not: $\bar{X}$ =aritmetik ortalama; Std. Sap.= Standart Sapma; Z=Mann Whitney U Testi; p: anlamlılık değeri.

Çalışmamızda ergenlerle ve anneleriyle ayrı ayrı görüşülerek ergenin hafta içi ve hafta sonu internet kullanım süreleri değerlendirilmiştir. Annelere göre, BDT grubunun hafta içi internet kullanım süresi 8.00 ± 2.80 saat/gün, hafta sonu internet kullanım süresi 11.33 ± 3.26 saat/gün; basit danışmanlık grubunun ise hafta içi internet kullanım süresi 7.00 ± 3.20 saat/gün, hafta sonu internet kullanım süresi 9.93 ± 3.47 saat/gün olarak saptanmıştır ve gruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır. Ergenlerin görüşlerine göre de BDT grubunun hafta içi internet kullanım süresi 6.07 ± 2.21 saat/gün, hafta sonu internet kullanım süresi 8.93 ± 2.24 saat/gün; basit

danışmanlık grubunun ise hafta içi internet kullanım süresi 6.27 ± 3.32 saat/gün, hafta sonu internet kullanım süresi 8.53 ± 3.52 saat/gün olarak belirlenmiştir ve gruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır. Hem BDT, hem de basit danışmanlık grubundaki annelerin çocuklarının hafta içi ve hafta sonu internet kullanımı için bildirdiği sürelerin iki grupta da ergenlerin bildirdikleri internet kullanım sürelerinden daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 11).

Tablo 11: BDT ve Basit Danışmanlık Grubundaki Ergenlerin İnternet Kullanım Süreleri

		Anneye göre		Ergene göre	
		$\bar{X}$ (Std. Sap.)	Z (p)	$\bar{X}$ (Std. Sap.)	Z (p)
Hafta içi internet kullanım					
süresi (saat/gün)	BDT Grubu (n=15)	8.00 (± 2.80)		7.20 (± 2.27)	
	BD Grubu (n=15)	7.00 (± 3.20)	-0.38 (0.704)	6.87 (± 2.13)	-0.89 (0.374)
	Toplam	7.50 (± 3.00)		7.03 (± 2.17)	
Hafta sonu internet kullanım					
süresi (saat/gün)	BDT Grubu (n=15)	11.33 (± 3.26)		8.67 (± 2.69)	
	BD Grubu (n=15)	9.93 (± 3.47)	-0.358 (0.720)	8.00 (± 2.45)	-0.43 (0.662)
	Toplam	10.63 (± 3.38)		8.33 (± 2.55)	

Not: $\bar{X}$ =aritmetik ortalama; Std. Sap.= Standart Sapma; Z=Mann Whitney U Testi; p: anlamlılık değeri.

Ergenlerin interneti kullanım amaçlarına ilişkin annelerin görüşlerine bakıldığında BDT ve basit danışmanlık grupları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Benzer şekilde ergenlerin görüşlerine göre de interneti kullanım amaçları açısından iki grup arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Ayrıca, annelere göre interneti sadece oyun oynama için kullanma hem BDT, hem de basit danışmanlık grubu için en fazla belirtilen amaç olarak görülmektedir. Ergenler için ise hem BDT, hem de basit danışmanlık grubunda internette oyun oynama ve diğer amaçlar için kullanma en fazla belirtilmiştir. Ergenlerin ve annelerinin görüşlerine göre ergenlerin interneti kullanım amaçlarına ilişkin dağılımlar Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12: BDT ve Basit Danışmanlık Grubundaki Ergenlerin İnternet Kullanım Amaçları

		BDT Grubu		BD Grubu		χ^2	p
		N	%	N	%		
Anneye göre	Ödev	0	0.0	0	0.0	3.515	0.476
	Oyun	10	66.6	12	80.0		
	Sohbet	0	0.0	0	0.0		
	Paylaşım	1	6.6	0	0.0		
	E-Posta	0	0.0	0	0.0		
	Müzik	0	0.0	0	0.0		
	Oyun ve Diğerleri	4	26.6	3	20.0		
Ergene göre	Ödev	0	0.0	0	0.0	1.921	0.750
	Oyun	4	26.6	3	20.0		
	Sohbet	0	0.0	0	0.0		
	Paylaşım	0	0.0	0	0.0		
	E-Posta	0	0.0	0	0.0		
	Müzik	0	0.0	0	0.0		
	Oyun ve Diğerleri	11	73.3	10	66.6		

Not: χ^2 =ki-kare değeri; p = anlamlılık değeri

Çalışmamızda ergenlere ve annelerine göre ergenlerin internette en sık oynadıkları oyun türü değerlendirildiğinde; iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Annelerin görüşlerine göre ergenlerin internette oynadığı oyun türleri hem BDT, hem de basit danışmanlık grubunda en sık strateji oyunları, ikinci sırada dövüş oyunları olarak saptanmıştır. Ergenlerin görüşlerine göre ise; hem BDT, hem de basit danışmanlık grubunda en sık oynanan oyun türü strateji oyunları olmakla beraber, ikinci sırada en fazla oynanan oyun türü BDT grubunda yarış oyunları, basit danışmanlık grubunda ise dövüş oyunları olarak saptanmıştır (Tablo 13).

Tablo 13: BDT ve Basit Danışmanlık Grubundaki Ergenlerin Oyun Türlerinin İncelenmesi

		BDT Grubu		BD Grubu		χ^2	p
		n	%	n	%		
Anneye göre	Santraç. tavla. kağıt vb.	0	0.0	0	0.0	3.143	0.534
	Spor oyunları	0	0.0	0	0.0		
	Yarış oyunları	1	6.6	0	0.0		
	Stratejik oyunları	10	66.6	10	66.6		
	Dövüş oyunları	3	20.0	4	26.6		
	Diğer	1	6.6	1	6.6		
Ergene göre	Santraç. tavla. kağıt vb.	0	0.0	0	0.0	6.429	0.169
	Spor oyunları	0	0.0	0	0.0		
	Yarış oyunları	2	13.3	0	0.0		
	Stratejik oyunları	12	80.0	9	60.0		
	Dövüş oyunları	1	6.6	3	20.0		
	Diğer	0	0.0	3	20.0		

Not: χ^2 =ki-kare değeri; p = anlamlılık değeri.

4.3. ANNELERİN ÇOCUK YETİŞTİRMEYLE İLGİLİ GENEL VE İNTERNETE YÖNELİK TUTUMLARI VE ERGENLERİN AİLELERİYLE OLAN İLİŞKİSİNE BAKIŞ AÇISI

Araştırmamızda hem BDT, hem de basit danışmanlık grubundaki tüm anneler çocuklarına internet kullanımı konusunda sınır koyduklarını bildirmiştir. İnternet kullanımı konusunda sınır koyan kişinin kim olduğuna yönelik olarak annenin ifadesi iki grup arasında karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Buna göre, BDT grubunda yer alan annelerin görüşlerine göre babalar için sınır koyma frekans değeri 0 iken, basit danışmanlık grubunda bu değer 5'tir. Diğer taraftan, çalışmaya katılan ergenlerin kendilerine internet kullanımı konusunda kimin sınır koyduğuna ilişkin görüşleri karşılaştırıldığında BDT ve basit danışmanlık grupları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 14).

Tablo 14: İnternet Kullanımına Sınır Koyan Kişinin Kim Olduğuna İlişkin Ergen ve Annelerinin Görüşleri

		BDT Grubu		BD Grubu		χ^2	p
		N	%	N	%		
Anneye göre	Anne	9	60.0	8	53.3	7.059	0.029*
	Baba	0	0.0	5	33.3		
	Aile Büyükleri	6	40.0	2	13.3		
Ergene göre	Anne	7	46.6	7	46.6	1.459	0.482
	Baba	3	20.0	5	33.3		
	Aile Büyükleri	1	6.6	0	0.0		

Not: χ^2 =ki-kare değeri; p = anlamlılık değeri; * $p<0.05$

Annelerin görüşlerine göre; ergene internet kullanımı dışında sınır koyma, internet filtre programı kullanma, kuralların sebebini açıklama, ergene genel ceza verme ve ergenin sorumluluklarını gerçekleştirmesine izin verme parametrelerinde iki grup arasında anlamlı istatistiksel fark saptanmamıştır ($p>0.05$). BDT ve basit danışmanlık grubundaki annelerin çocuklarının internet kullanımı nedeniyle ders başarısında düşme, aile ve arkadaş ilişkisinde bozulma ile ilgili görüşleri karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) ve iki gruptaki annelerin önemli bir kısmı çocuklarının internet kullanımından dolayı üç işlevsellik alanının olumsuz etkilendiğini bildirmiştir (Tablo 15).

Tablo 15: Annelerin Çocuk Yetiştirmeye İlgili Genel ve İnternete Yönelik Tutumları

		BDT Grubu		BD Grubu		χ^2	p
		N	%	N	%		
İnternet dışı alanlarda sınır Koyma	Var	10	66.6	12	80.0	0.682	0.409
	Yok	5	33.4	3	20.0		
İnternet fitre programı Kullanma	Var	0	0.0	0	0.0	-	-
	Yok	15	100.0	15	100.0		
Ders başarısında düşme	Var	14	93.4	14	93.4	-	-
	Yok	1	6.6	1	6.6		
Arkadaş ilişkilerinde bozulma	Evet	13	86.7	14	93.4	0.370	0.543
	Hayır	2	13.3	1	6.6		
Aile ilişkilerinde bozulma	Evet	14	93.4	14	93.4	-	-
	Hayır	1	6.6	1	6.6		
Kuralların sebebini açıklama	Evet	14	93.4	13	86.7	0.370	0.543
	Hayır	1	6.6	2	13.3		
Çocuğa ceza verme	Evet	8	53.3	5	33.3	1.222	0.269
	Hayır	7	46.6	10	66.7		
Sorumluluk verme	Evet	15	100.0	12	80	3.333	0.068
	Hayır	0	0.0	3	20		

Not: χ^2 =ki-kare değeri; p = anlamlılık değeri

Ergenlerin bildirimlerine göre; ergenlerin babalarıyla aktivite yapmaları basit danışmanlık grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). İnternet kullanımı ile ilgili kural koyulması, aile ilişkilerinin nasıl olduğu, anne ile aktivite yapmaları ve aile tarafından sorumluluklarını gerçekleştirmesine izin verilmesi parametrelerinin ergenler tarafından değerlendirilmesi sonucunda BDT ve basit danışmanlık grupları arasında karşılaştırıldığında anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$). İnternet kullanımının ergenlerin ders başarısı, aile ve arkadaş ilişkisi üzerine olumsuz etkilerinin olup olmadığı değerlendirildiğinde; her iki grubun işlevselliğin etkilendiği ve gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 16).

Tablo 16: Ergenlerin Ailesiyle Olan İlişisine ve İnternet Kullanım Sonuçlarına Bakış Açısı

		BDT Grubu		BD Grubu		χ^2	p
		N	%	N	%		
Ders başarısında düşme	Evet	10	66.7	11	73.4	0.159	0.690
	Hayır	5	33.3	4	26.6		
Aile ilişkisinde bozulma	Evet	9	60.0	13	86.7	2.727	0.099
	Hayır	6	40.0	2	13.3		
Arkadaş ilişkisinde bozulma	Evet	10	66.7	11	73.4	0.159	0.690
	Hayır	5	33.3	4	26.6		
Anne ile aktivite yapma	Evet	3	20.0	5	33.3	0.682	0.409
	Hayır	12	80.0	10	66.7		
Baba ile aktivite yapma	Evet	0	0.0	4	26.6	4.615	0.032*
	Hayır	15	100.0	11	73.4		
Ailenin internet ile ilgili kural koyması	Evet	11	73.4	12	80.0	0.186	0.666
	Hayır	4	26.6	3	20.0		
Aile ile ilişkisi	Sıcak	12	80.0	12	80.0	-	-
	Soğuk-mesafeli	3	20.0	3	20.0		
Sorumluluklarına izin Verilmesi	Evet	11	73.4	10	66.7	0.169	0.660
	Hayır	4	26.6	5	33.3		

Not: χ^2 =ki-kare değeri; p = anlamlılık değeri; *p<0.05

4.4. KATILIMCILARIN ANNE VE BABALARININ İNTERNET KULLANIMI İLE İLGİLİ BULGULARI

Çalışmamızdaki ergenlerin anne ve babalarının internet kullanım süreleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Annelerin internet kullanım süresi BDT grubunda 1.07 ± 0.26 saat/gün; basit danışmanlık grubunda 1.63 ± 0.91 saat/gün olarak bulunmuştur. Annelerin bildirimlerine göre, babaların internet kullanım süresi BDT grubunda 2.40 ± 3.01 saat/gün; basit danışmanlık grubunda ise 2.40 ± 3.04 saat/gün olarak saptanmıştır (Tablo 17).

Tablo 17: Katılımcıların Anne ve Babalarının İnternet Kullanım Süreleri

		En Düşük	En Yüksek	$\bar{X}$ (Std. Sap.)	Z	p
Annelerin internet kullanım süresi (saat/gün)	BDT Grubu (n=15)	1	8	1.07 (± 0.26)	-2.163	0.116
	BD Grubu (n=15)	1	4	1.63 (± 0.91)		
Babaların internet kullanım süresi (saat/gün)	BDT Grubu (n=15)	1	12	2.40 (± 3.01)	-0.495	0.683
	BD Grubu (n=15)	0	12	2.40 (± 3.04)		

Not: $\bar{X}$ =aritmetik ortalama; Std. Sap.= Standart Sapma; Z=Mann Whitney U Testi; p: anlamlılık değeri.

Katılımcıların anne ve babalarının televizyon izleme sürelerinde iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 18).

Tablo 18: Katılımcıların Anne ve Babalarının Televizyon İzleme Süreleri

		En Düşük	En Yüksek	X (Std. Sap.)	Z	p
Annelerin Tv izleme süresi	BDT Grubu (n=15)	1	4	2.33 (± 0.98)	1,563	0,542
	BD Grubu (n=15)	0	3	2.07 (± 0.33)		
Babaların Tv İzleme Süresi	BDT Grubu (n=15)	1	4	2.47 (± 0.83)	-1,121	0,219
	BD Grubu (n=15)	0	5	2.67 (± 1.23)		

Not: $\bar{X}$ =aritmetik ortalama; Std. Sap.= Standart Sapma; Z=Mann Whitney U Testi; p: anlamlılık değeri.

Annelerin bildirimlerine göre, katılımcıların ebeveynlerinin internet kullanım amaçları değerlendirildiğinde; hem BDT, hem de basit danışmanlık grubundaki annelerin interneti en sık sosyal medya paylaşım siteleri, ikinci olarak da arkadaşlarıyla konuşmak için kullandığı bulunmuştur ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Babaların internet kullanım amaçlarına bakıldığında; BDT grubunda en sık arkadaşlarla konuşmak, basit danışmanlık

grubunda ise en sık sosyal medya siteleri için internetin kullanıldığı bildirilmekle beraber, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). İnternet kullanımının annelerin ve babaların iş başarısı, aile ilişkisi ve arkadaş ilişkisine olumsuz etkisinin olup olmadığı incelendiğinde iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 19).

Tablo 19: Katılımcıların Anne ve Babalarının İnternet Kullanımının İşlevselliğe Etkisinin İncelenmesi

		BDT Grubu		BD Grubu		χ^2	p
		N	%	N	%		
Annelerin internet ile ilgili zihinsel meşguliyeti	Evet	0	0.00	2	13.3	2.143	0.143
	Hayır	15	100.0	13	86.7		
Babaların internet ile ilgili zihinsel meşguliyet	Evet	3	20.0	4	26.6	0.186	0.666
	Hayır	12	80.0	11	73.4		
Annelerin internet kullanım amacı	Oyun	0	0.0	1	6.6	1.453	0.484
	Sohbet	6	40.0	4	26.6		
	Sosyal medya	9	60.0	10	66.6		
	E-posta	0	0.0	0	0.0		
	Müzik	0	0.0	0	0.0		
Babaların internet kullanım amacı	Oyun	2	13.3	4	26.6	3.737	0.443
	Sohbet	7	46.6	3	20.0		
	Sosyal medya	3	20.0	5	33.3		
	E-posta	2	13.3	2	13.3		
	Müzik	0	0.0	0	0.0		
	Sohbet-Paylaşım	1	6.6	0	0.0		
İnternetin annelerin iş başarısına olumsuz etkisi	Evet	0	0.0	2	13.3	2.143	0.143
	Hayır	15	100.0	13	86.6		
İnternetin babaların iş başarısına olumsuz etkisi	Evet	3	20.0	4	26.6	0.186	0.666
	Hayır	12	80.0	11	73.4		
İnternetin annelerin aile ilişkisine olumsuz etkisi	Evet	0	0.0	2	13.3	2.143	0.143
	Hayır	15	100.0	13	86.7		
İnternetin babaların aile ilişkisine olumsuz etkisi	Evet	3	20.0	4	26.6	0.186	0.666
	Hayır	12	80.0	11	73.4		
İnternetin annelerin arkadaş ilişkisine olumsuz etkisi	Evet	0	0.0	2	13.3	2.143	0.143
	Hayır	15	100.0	13	86.7		
İnternetin babaların arkadaş ilişkisine olumsuz etkisi	Evet	3	20.0	4	26.6	0.186	0.666
	Hayır	12	80.0	11	73.4		

Not: χ^2 =ki-kare değeri; p = anlamlılık değeri.

4.5. PSİKİYATRİK EŞ HASTALANIM BULGULARI

İki gruptaki katılımcılar klinisyen tarafından ÇDŞG-ŞY-T ile yapılan görüşme ile değerlendirilerek genel psikopatoloji varlığı açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında şimdiki zaman psikopatoloji açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 20).

Araştırmaya katılan BDT grubundaki ergenlerde en sık konulan tanılar sırasıyla DEHB (n:14, %93.4), MDB (n:7, %46.6) ve SAB (n:7, %46.6) idi. Olguların 5'inde (%33.3) YAB, 4'ünde (%26.6) Özgül fobi, ikisinde (%13.3) OKB, 3'ünde (%20) KOKG tanısı saptanmıştır. Olgu grubunun TSSB, Panik Bozukluk, AAB, Davranım Bozukluğu, Tik Bozukluğu, Enürezis, Enkoprezis, Anoreksia Nervoza, Bulimia Nervoza tanılarını karşılamadığı görülmüştür (Tablo 20).

Araştırmaya katılan basit danışmanlık grubundaki ergenlerde ise en sık konulan tanılar sırasıyla DEHB (n:15, %100), MDB (n:5, %33.3) ve SAB (n:5, %33.3) idi. Olguların 4'ünde (%26.6) özgül fobi, 3'ünde (%20) Davranım Bozukluğu, ikisinde (%13.3) YAB, ikisinde (%13.3) KOKG, birinde (%6.6) Tik Bozukluğu tanısı saptanmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların OKB, TSSB, Panik Bozukluk, AAB, Enürezis, Enkoprezis, AN, BN tanılarını karşılamadığı görülmüştür (Tablo 20).

Tablo 20: BDT ve Basit Danışmanlık Grubunun Şimdiki Psikiyatrik Eş Tanılar Yönünden Karşılaştırılması

		BDT Grubu		BD Grubu		χ^2	Sd	p
		N	%	N	%			
MDB	Var	7	46.6	5	33.3	0,556	1	0,456
	Yok	8	53.4	10	66.7			
SAB	Var	7	46.6	5	33.3	0,556	1	0,456
	Yok	8	53.4	10	66.7			
YAB	Var	5	33.3	2	13.3	1,677	1	0,195
	Yok	10	66.7	13	86.7			
Özgül Fobi	Var	4	26.6	4	26.6	0	1	1
	Yok	11	73.4	11	73.4			
OKB	Var	2	13.3	0	0,0	2,143	1	0,143
	Yok	13	86.7	15	100.0			
DEHB	Var	14	93.4	15	100.0	1,034	1	0,309
	Yok	1	6.6	0	0.0			
KOKG	Var	3	20.0	2	13.3	0,24	1	0,624
	Yok	12	80.0	13	86.7			
DB	Var	0	0.0	3	20.0	3,333	1	0,068
	Yok	15	100.0	12	80.0			
Tık Bozukluğu	Var	0	0.0	1	6.6	1,034	1	0,309
	Yok	15	100.0	14	93.4			

MDB:Major Depresif Bozukluk; SAB:Sosyal Anksiyete Bozukluğu; YAB:Yaygın Anksiyete Bozukluğu; OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk; DEHB:Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu; KOKG:Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu; DB:Davranım Bozukluğu

Not: χ^2 =ki-kare değeri; p = anlamlılık değeri; Sd:standart sapma

4.6. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TEDAVİ VE BASİT DANIŞMANLIK UYGULAMASININ ETKİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

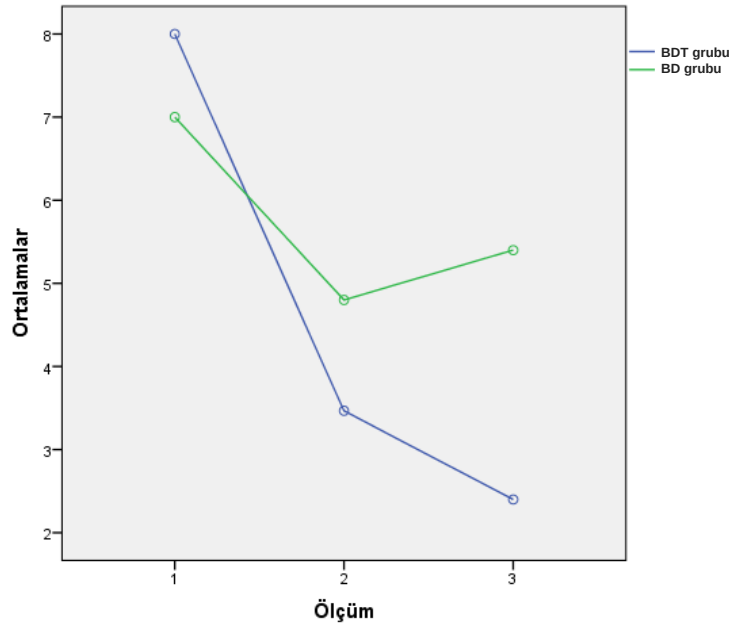
Tablo 21’de görüldüğü gibi, Greenhouse-Geisser düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen tekrarlı ölçümler için ANOVA sonuçlarına göre BDT ve basit danışmanlık grupları arasında annelere göre ergenlerin hafta içi internet kullanım sürelerinde anlamlı fark saptanmamıştır ($F_{(1,28)}=2.54$, $P=0.122$). Bununla birlikte, her iki tedavi grubu için de ölçüm zamanları arasında tedavi etkinliği açısından anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($F_{(2,46)}= 17.98$, $P=0.001$). Her iki tedavi grubunda farklılaşmanın hangi haftalar arasında olduğunu görmek için post-hoc LSD testi yapılmıştır. Her iki grupta da annelere göre 4. ve 8. haftadaki ergenlerin hafta içi internet kullanım süresi tedavi öncesi ölçüme göre anlamlı düzeyde düşük olmakla beraber, 4. ve 8. haftalar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Son olarak ölçüm haftaları ve tedavi gruplarının etkileşimi incelendiğinde; her iki grupta da tedavinin annelere göre ergenlerin hafta içi internet kullanım süreleri üzerinde anlamlı etkiye sahip olduğu saptanmıştır ($F_{(2,46)} = 4.47$, $P=0.023$).

Tablo 21: BDT ve Basit Danışmanlık Uygulamasının Annelere göre Ergenlerin Hafta İçi İnternet Kullanım Süreleri Üzerine Etkisinin ANOVA ile İncelenmesi

Kaynak	Tip III Kareler Top.	S.d.	Kare Ort.	F	p
Gruplar içi					
Ölçüm	243	2	149	17,98	0,001*
Ölçüm * *Grup	61	2	37	4,47	0,023*
Hata	379	46	8		
Gruplar Arası					
Grup	28	1	28	2,54	0,122
Hata	306	28	11		

p = anlamlılık değeri; Sd: Serbestlik derecesi; *p<0.05

Şekil 8’de görüldüğü üzere ilk ölçüm itibariyle BDT grubunda yer alan ergenlerin hafta içi internet kullanım süreleri daha fazla olduğu halde, BDT grubundaki katılımcılara uygulanan tedavi ile ikinci ölçümden itibaren annelere göre ergenlerin hafta içi internet kullanım süreleri azalma göstermiştir. BDT grubundaki ergenlerin hafta içi internet kullanım sürelerindeki bu düşüş 3. ölçüme kadar tutarlı bir şekilde devam etmiştir.



Şekil 8: Annelere göre Ergenlerin Hafta İçi İnternet Kullanım Sürelerinin Grupların Ölçümlerine göre Değişimi

Tablo 22’de görüldüğü üzere ilaç etkisi kontrol altına alındığında BDT ve basit danışmanlık grupları arasında tedavi öncesi ölçümde ve 4. haftada annelere göre ergenlerin hafta içi internet kullanım süreleri açısından anlamlı bir fark bulunmazken, 8. haftada BDT grubunda (2.40 ± 1.68 saat/gün) basit danışmanlık grubuna (5.40 ± 3.58 saat/gün) göre anlamlı olarak daha düşük hafta içi internet kullanım süresi saptanmıştır ($F_{(1,23)} = 6.71$, $p = 0.016$).

Tablo 22: Ölçüm Haftalarına göre BDT ve Basit Danışmanlık Gruplarının Annelere göre Ergenlerin Hafta İçi İnternet Kullanım Süreleri Farkı için Yapılan MANCOVA Analizi

Kaynak	Tip III Kareler Top.	S.d.	Kare Ort.	F	p
Tedavi öncesi ölçüm	12.24	1	12.24	1.275	0.271
4.hafta	10.25	1	10.25	1.431	0.244
8.hafta	55.70	1	55.70	6.712	0.016*
Hata		23			

p = anlamlılık değeri; Sd: Serbestlik derecesi; * $p < 0.05$.

*İlaç etkileri kontrol değişkeni olarak alınmıştır.

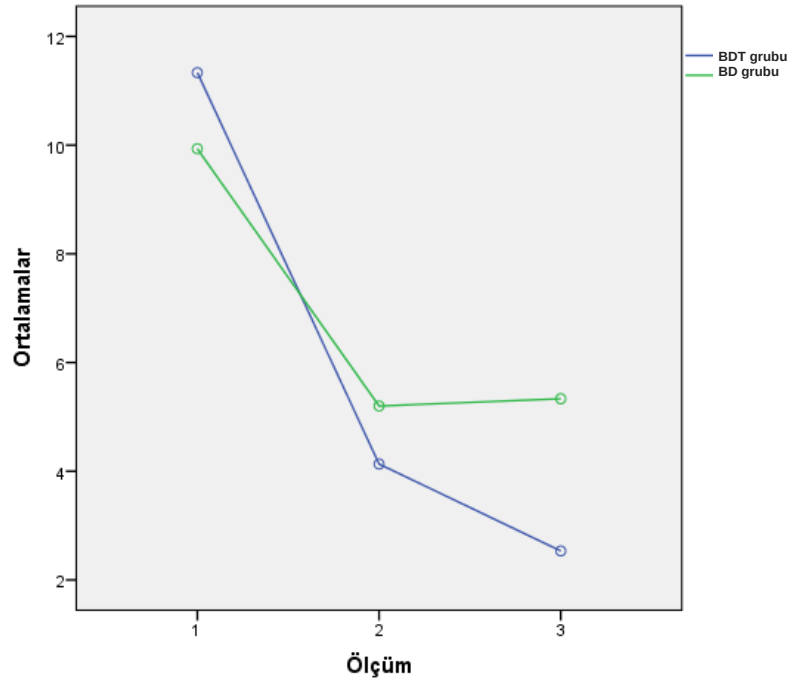
Tablo 23’de görüldüğü gibi, Greenhouse-Geisser düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen tekrarlı ölçümler için ANOVA sonuçlarına göre BDT ve basit danışmanlık grupları arasında annelere göre ergenlerin hafta sonu internet kullanım sürelerinde anlamlı fark saptanmamıştır ($F_{(1,28)}=0.94$, $p= 0.340$). Bununla birlikte, her iki tedavi grubu için de ölçüm zamanları arasında tedavi etkinliği açısından anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($F_{2,55}=62.87$, $p= 0.001$). Her iki tedavi grubunda farklılaşmanın hangi haftalar arasında olduğunu görmek için post-hoc LSD testi yapılmıştır. Her iki grupta da annelere göre 4. ve 8. haftadaki ergenlerin hafta sonu internet kullanım süresi tedavi öncesi ölçüme göre anlamlı düzeyde daha düşük olmakla beraber, 4. ve 8. hafta arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Son olarak ölçüm haftaları ve tedavi gruplarının etkileşimi incelendiğinde; her iki grupta da tedavinin annelere göre ergenlerin hafta sonu internet kullanım süreleri üzerinde anlamlı etkiye sahip olduğu görülmüştür ($F_{2,55}=5.18$, $p= 0.009$).

Tablo 23: BDT ve Basit Danışmanlık Uygulamasının Annelere göre Ergenlerin Hafta Sonu İnternet Kullanım Süreleri Üzerine Etkisinin ANOVA ile İncelenmesi

Kaynak	Tip III Kareler Top.	S.d.	Kare Ort.	F	p
Gruplar içi					
Ölçüm	810	2	412	62,87	0,001*
Ölçüm ** Grup	67	2	34	5,18	0,009*
Hata	361	55	7		
Gruplar Arası					
Grup	15	1	15	0,94	0,340
Hata	453	28	16		

p = anlamlılık değeri; Sd: Serbestlik derecesi; * $p<0.05$.

Şekil 9’da görüldüğü gibi ilk ölçüm itibariyle BDT grubunda yer alan ergenlerin hafta sonu internet kullanım süreleri basit danışmanlık grubuna göre daha fazladır. İki tedavi grubu da annelere göre ergenlerin hafta sonu internet kullanım sürelerinde azalma sağlasa da, iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır.



Şekil 9: Annelere Göre Ergenlerin Hafta Sonu İnternet Kullanım Sürelerinin Grupların Ölçümüne göre Değişimi

Tablo 24’de görüldüğü üzere ilaç etkisi kontrol altına alındığında BDT ve basit danışmanlık grupları arasında tedavi öncesi ölçümde ve 4. haftada annelere göre ergenlerin hafta sonu internet kullanım süreleri açısından anlamlı bir fark bulunmazken, 8. haftada BDT grubunda (2.53 ± 1.18 saat/gün) basit danışmanlık grubuna (5.33 ± 3.57 saat/gün) göre anlamlı olarak daha düşük hafta sonu internet kullanım süresi saptanmıştır ($F_{1,23}=5.42$, $p = 0.029$).

Tablo 24: Ölçüm Haftalarına göre BDT ve Basit Danışmanlık Gruplarının Annelere göre Ergenlerin Hafta Sonu İnternet Kullanım Süreleri Farkı için Yapılan MANCOVA Analizi

Kaynak	Tip III Kareler Top.	S.d.	Kare Ort.	F	p
Tedavi öncesi ölçüm	2.49	1	2.49	0.198	0.660
4.hafta	6.27	1	6.27	0.723	0.404
8.hafta	41.89	1	41.89	5.42	0.029*
Hata		23			

p = anlamlılık değeri; Sd: Serbestlik derecesi; * $p < 0.05$.

*İlaç etkileri kontrol değişkeni olarak alınmıştır.

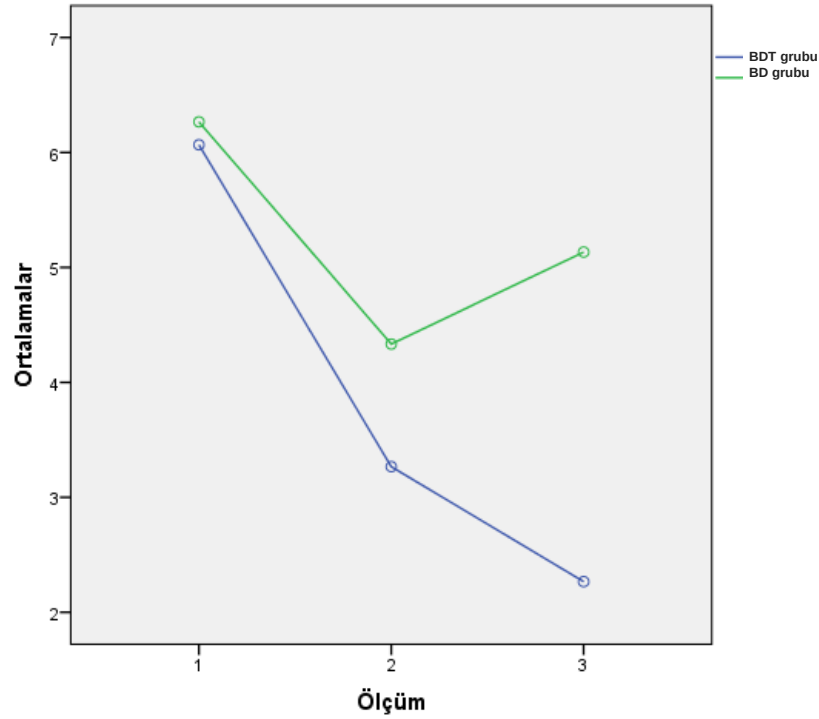
Tablo 25’de görüldüğü gibi, Greenhouse-Geisser düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen tekrarlı ölçümler için ANOVA sonuçlarına göre BDT ve basit danışmanlık grupları arasında ergenlere göre hafta içi internet kullanım sürelerinde anlamlı fark saptanmamıştır ($F_{1,28}=3.95$, $p= 0.057$). Bununla birlikte, her iki tedavi grubu için de ölçüm zamanları arasında tedavi etkinliği açısından anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($F_{2,45}=10.70$, $p= 0.001$). Her iki tedavi grubunda farklılaşmanın hangi haftalar arasında olduğunu görmek için post-hoc LSD testi yapılmıştır. Her iki grupta da ergenlere göre 4. ve 8. haftadaki hafta içi internet kullanım süresi tedavi öncesi ölçüme göre anlamlı düzeyde daha düşük olmakla beraber, 4. ve 8. haftalar arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Son olarak ölçüm haftaları ve tedavi gruplarının etkileşimi incelendiğinde; her iki grupta da tedavinin ergenlere göre hafta içi internet kullanım süreleri üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı görülmüştür ($F_{2,45}=2.54$, $p= 0.101$).

Tablo 25: BDT ve Basit Danışmanlık Uygulamasının Ergenlere göre Hafta İçi İnternet Kullanım Süreleri Üzerine Etkisinin ANOVA ile İncelenmesi

Kaynak	Tip III Kareler Top.	S.d.	Kare Ort.	F	p
Gruplar içi					
Ölçüm	117	2	73	10,70	0,001*
Ölçüm ** Grup	28	2	17	2,54	0,101
Hata	306	45	7		
Gruplar Arası					
Grup	43	1	43	3,95	0,057
Hata	303	28	11		

p = anlamlılık değeri; Sd:Serbestlik derecesi; * $p<0.05$.

Şekil 10’da görüldüğü gibi ilk ölçüm itibarıyla BDT grubunda yer alan ergenlerin hafta içi internet kullanım süreleri düzenli bir şekilde azalmaktadır. Diğer taraftan basit danışmanlık grubunda yer alan ergenlerin internet kullanma süreleri ise ikinci ölçümde düşüş gösterirken, üçüncü ölçümde tekrar artmıştır.



Şekil 10: Ergenlere göre Hafta İçi İnternet Kullanım Sürelerinin Grupların Ölçümlerine göre Değişimi

Tablo 26’da görüldüğü üzere ilaç etkisi kontrol altına alındığında BDT ve basit danışmanlık grupları arasında tedavi öncesi ölçümde ve 4. haftada ergenlere göre hafta içi internet kullanım süreleri açısından anlamlı bir fark bulunmazken, 8. haftada BDT grubunda (2.27 ± 1.53 saat/gün) basit danışmanlık grubuna (5.13 ± 3.66 saat/gün) göre anlamlı olarak daha düşük hafta içi internet kullanım süresi saptanmıştır ($F_{1,23}=6.27$, $p= 0.020$).

Tablo 26: Ölçüm Haftalarına göre BDT ve Basit Danışmanlık Gruplarının Ergenlere göre Hafta İçi İnternet Kullanım Süreleri Farkı için Yapılan MANCOVA Analizi

Kaynak	Tip III Kareler Top.	S.d.	Kare Ort.	F	P
Tedavi öncesi ölçüm	0.01	1	0.01	0.002	0.965
4.hafta	6.91	1	6.91	1.162	0.292
8.hafta	53.65	1	53.65	6.272	0.020*
Hata		23			

p = anlamlılık değeri; Sd:Serbestlik derecesi; * $p<0.05$.

*İlaç etkileri kontrol değişkeni olarak alınmıştır.

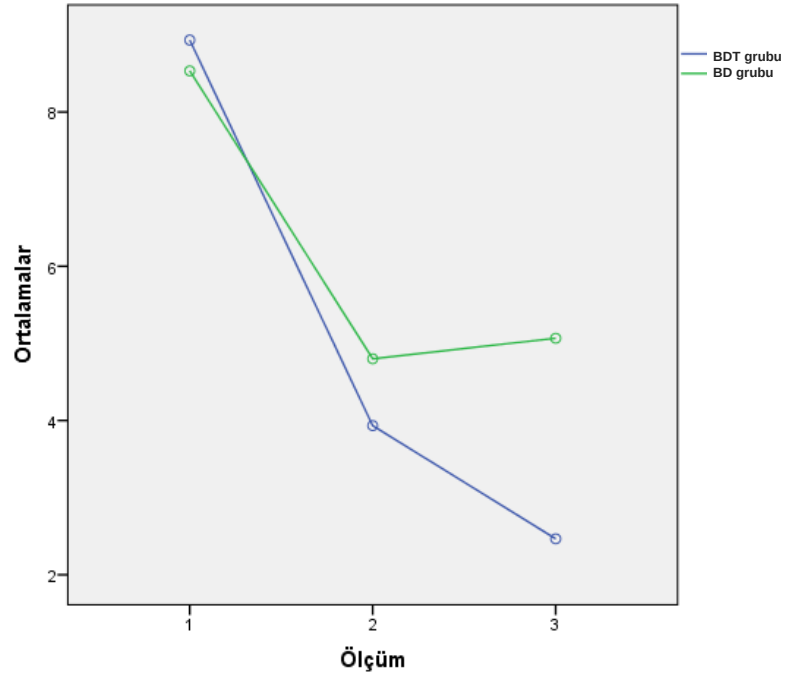
Tablo 27’de görüldüğü gibi, Greenhouse-Geisser düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen tekrarlı ölçümler için ANOVA sonuçlarına göre BDT ve basit danışmanlık grupları arasında ergenlere göre hafta sonu internet kullanım sürelerinde anlamlı fark saptanmamıştır ($F_{1,28}=1.56$, $p= 0.222$). Bununla birlikte, her iki tedavi grubu için de ölçüm zamanları arasında tedavi etkinliği açısından anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($F_{2,53}=33.70$, $p= 0.001$). Her iki tedavi grubunda farklılaşmanın hangi haftalar arasında olduğunu görmek için post-hoc LSD testi yapılmıştır. Her iki grupta da ergenlere göre 4. ve 8. haftadaki hafta sonu internet kullanım süresi tedavi öncesi ölçüme göre anlamlı düzeyde daha düşük olmakla beraber, 4. ve 8. haftalar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Son olarak ölçüm haftaları ve tedavi gruplarının etkileşimi incelendiğinde; her iki grupta da tedavinin ergenlere göre hafta sonu internet kullanım süreleri üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı görülmüştür ($F_{2,53}=2.6$, $p= 0.087$).

Tablo 27: BDT ve Basit Danışmanlık Uygulamasının Ergenlere göre Hafta Sonu İnternet Kullanım Süreleri Üzerine Etkisinin ANOVA ile İncelenmesi

Kaynak	Tip III Kareler Top.	S.d.	Kare Ort.	F	p
Gruplar içi					
Ölçüm	441	2	234	33,70	0,001*
Ölçüm ** Grup	34	2	18	2,60	0,087
Hata	366	53	7		
Gruplar Arası					
Grup	24	1	24	1,56	0,222
Hata	422	28	15		

p = anlamlılık değeri; Sd: Serbestlik derecesi; * $p<0.05$.

Şekil 11’de görüldüğü üzere ilk ölçüm itibariyle BDT grubunda yer alan ergenlerin hafta sonu internet kullanım süreleri düzenli bir şekilde düşüş göstermektedir. Diğer taraftan basit danışmanlık grubunda yer alan ergenlerin internet kullanma süreleri ikinci ölçümde azalmış, ancak üçüncü ölçümde tekrar artış göstermiştir. Her ne kadar BDT grubu için internet kullanım süreleri, basit danışmanlık grubuna göre daha fazla azalma gösterse de bu azalma anlamlı bulunmamıştır.



Şekil 11: Ergenlere göre Hafta Sonu İnternet Kullanım Sürelerinin Grupların Ölçümlerine göre Değişimi

Tablo 28’de görüldüğü üzere ilaç etkisi kontrol altına alındığında BDT ve basit danışmanlık grupları arasında tedavi öncesi ölçümde ve 4. haftada ergenlere göre hafta sonu internet kullanım süreleri açısından anlamlı bir fark bulunmazken, 8. haftada BDT grubunda (2.47 ± 1.06 saat/gün) basit danışmanlık grubuna (5.07 ± 3.65 saat/gün) göre anlamlı olarak daha düşük hafta sonu internet kullanım süresi saptanmıştır ($F_{1,23}=4.87$, $p= 0.020$).

Tablo 28: Ölçüm Haftalarına göre BDT ve Basit Danışmanlık Gruplarının Ergenlere göre Hafta Sonu İnternet Kullanım Süreleri Farkı için Yapılan MANCOVA Analizi

Kaynak	Tip III Kareler Top.	S.d.	Kare Ort.	F	P
Tedavi öncesi ölçüm	6.95	1	6.95	0.707	0.409
4.hafta	5.09	1	5.09	0.620	0.439
8.hafta	38.84	1	38.84	4.877	0.037*
Hata		23			

p = anlamlılık değeri; Sd: Serbestlik derecesi; * $p < 0.05$.

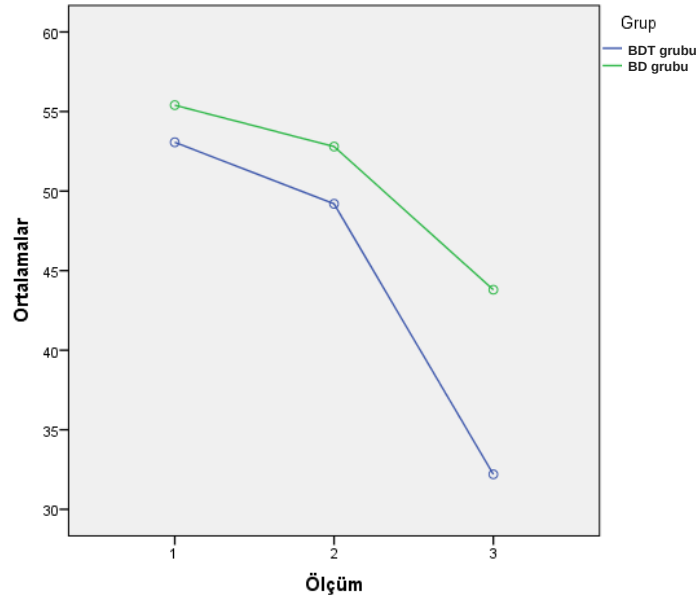
*İlaç etkileri kontrol değişkeni olarak alınmıştır.

Tablo 29’da görüldüğü gibi, Greenhouse-Geisser düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen tekrarlı ölçümler için ANOVA sonuçlarına göre BDT ve basit danışmanlık grupları arasında internet bağımlılığı ölçek (İBÖ) puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır ($F_{1,28}=1.92$, $p= 0.176$). Bununla birlikte, her iki tedavi grubu için de ölçüm zamanları arasında tedavi etkinliği açısından anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($F_{1,42}= 17.49$, $p= 0.001$). Her iki tedavi grubunda farklılaşmanın hangi haftalar arasında olduğunu görmek için post-hoc LSD testi yapılmıştır. Her iki grupta da 4. ve 8. haftadaki İBÖ puanları tedavi öncesi ölçüme göre; 8.haftadaki İBÖ puanları 4. haftaya göre anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır. Son olarak ölçüm haftaları ve tedavi gruplarının etkileşimi incelendiğinde; her iki grupta da tedavinin İBÖ puanları üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı görülmüştür ($p = 0.268$) (Şekil 12).

Tablo 29: BDT ve Basit Danışmanlık Uygulamasının İnternet Bağımlılığı Ölçek Puanlarına Etkisinin ANOVA ile İncelenmesi

Kaynak	Tip III Kareler Top.	S.d.	Kare Ort.	F	p
Gruplar içi					
Ölçüm	4281	1	2858	17.49	0.001*
Ölçüm ** Grup	327	1	219	1.33	0.268
Hata	6853	42	163		
Gruplar Arası					
Grup	1203	1	1203	1.92	0.176
Hata	17480	28	624		

p = anlamlılık değeri; Sd: Serbestlik derecesi; * $p<0.05$.



Şekil 12: Ergenlerin İnternet Bağımlılığı Ölçek Puanlarının Grupların Ölçümlerine Göre Değişimi

Tablo 30’da görüldüğü üzere ilaç etkisi kontrol altına alındığında BDT ve basit danışmanlık grupları arasında tedavi öncesi ölçümde ve 4 haftada İBÖ puanları açısından anlamlı bir fark bulunmazken, 8. haftada BDT grubunda (32.20 ± 10.43) basit danışmanlık grubuna (43.80 ± 17.08) göre anlamlı olarak daha düşük İBÖ puanları saptanmıştır ($F_{1,23}=4.29$, $p=0.050$).

Tablo 30: Ölçüm Haftalarına göre BDT ve Basit Danışmanlık Gruplarının İnternet Bağımlılığı Ölçek Puanları Farkı için Yapılan MANCOVA Analizi

Kaynak	Tip III Kareler Top.	S.d.	Kare Ort.	F	p
Tedavi öncesi ölçüm	57.01	1	57.01	0.166	0.687
4.hafta	704.13	1	704.13	2.01	0.169
8.hafta	38.84	1	38.84	4.29	0.050*
Hata		23			

p = anlamlılık değeri; Sd:Serbestlik derecesi; * $p<0.05$.

*İlaç etkileri kontrol değişkeni olarak alınmıştır.

Tablo 31’de görüldüğü gibi, Greenhouse-Geisser düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen tekrarlı ölçümler için ANOVA sonuçlarına göre BDT ve basit danışmanlık grupları arasında ergenler için oyun bağımlılığı ölçeği (EOBÖ) puanları

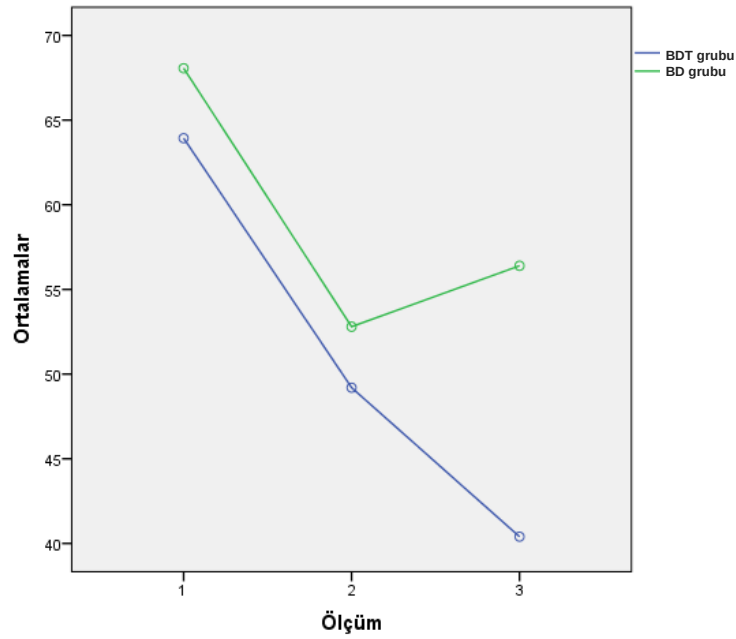
karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır ($F_{1,28}=2.37$, $p= 0.135$). Bununla birlikte, her iki tedavi grubu için de ölçüm zamanları arasında tedavi etkinliği açısından anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($F_{2,49}=28.06$, $p=0.001$). Her iki tedavi grubunda farklılaşmaların hangi haftalar arasında olduğunu görmek için post-hoc LSD testi yapılmıştır. Her iki grupta da 4. ve 8. haftadaki EOBÖ puanlarının tedavi öncesi ölçüme göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülürken, 4. ve 8. hafta arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Son olarak ölçüm haftaları ve tedavi gruplarının etkileşimi incelendiğinde; her iki grupta da tedavinin EOBÖ puanları üzerinde anlamlı etkiye sahip olduğu görülmüştür ($F_{2,49}=3.82$, $p= 0.034$).

Tablo 31: BDT ve Basit Danışmanlık Uygulamasının Ergenler için Oyun Bağımlılığı Ölçek Puanları Üzerine Etkisinin ANOVA ile İncelenmesi

Kaynak	Tip III Kareler Top.	S.d.	Kare Ort.	F	p
Gruplar içi					
Ölçüm	5415	2	3091	28.06	0.001*
Ölçüm ** Grup	737	2	421	3.82	0.034*
Hata	5403	49	110		
Gruplar Arası					
Grup	1408	1	1408	2.37	0.135
Hata	16675	28	596		

p = anlamlılık değeri; Sd:Serbestlik derecesi; * $p<0.05$.

Şekil 13’de görüldüğü üzere BDT grubundaki katılımcıların EOBÖ puanı düzeyleri farklı zamanlarda elde edilen ölçümlere göre anlamlı düzeyde düşmektedir. Diğer taraftan basit danışmanlık grubunda gözlenen puanlar ikinci ölçümden sonra artarken, BDT grubunda düşüş devam etmektedir.



Şekil 13: Ergenler için Oyun Bağımlılığı Ölçek Puanlarının Grupların Ölçümlerine Göre Değişimi

Tablo 32’de görüldüğü üzere ilaç etkisi kontrol altına alındığında BDT ve basit danışmanlık grupları arasında tedavi öncesi ölçümde ve 4. haftada EOBÖ puanları açısından anlamlı bir fark bulunmazken, 8. haftada BDT grubunda (40.40 ± 14.91) basit danışmanlık grubuna (56.40 ± 18.82) göre anlamlı olarak daha düşük EOBÖ puanları saptanmıştır ($F_{1,23}=4.87$, $p= 0.037$).

Tablo 32: Ölçüm Haftalarına göre BDT ve Basit Danışmanlık Gruplarının Ergenler için Oyun Bağımlılığı Ölçek Puanları Farkı için Yapılan MANCOVA Analizi

Kaynak	Tip III Kareler Top.	S.d.	Kare Ort.	F	p
Tedavi öncesi ölçüm	6.95	1	6.95	0.707	0.409
4.hafta	5.09	1	5.09	0.620	0.439
8.hafta	38.84	1	38.84	4.87	0.037*
Hata		23			

p = anlamlılık değeri; Sd: Serbestlik derecesi; * $p < 0.05$.

*İlaç etkileri kontrol değişkeni olarak alınmıştır.

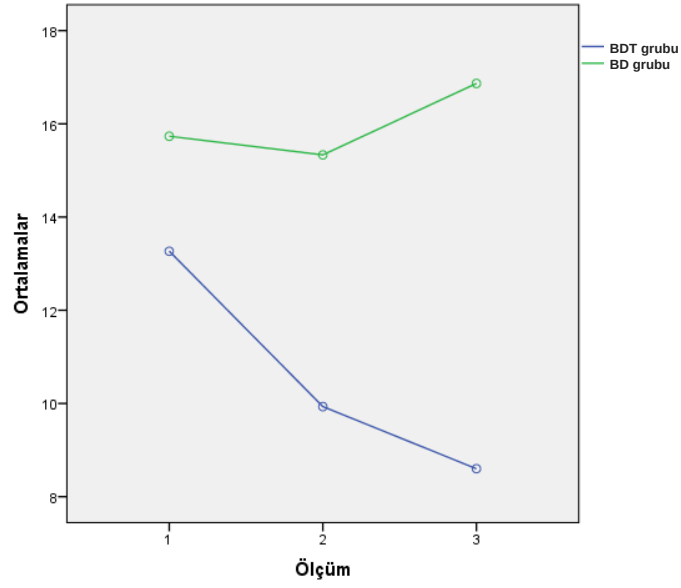
Tablo 33’de görüldüğü gibi, Greenhouse-Geisser düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen tekrarlı ölçümler için ANOVA sonuçlarına göre BDT ve basit danışmanlık grupları arasında çocuklar için depresyon ölçeği (ÇDÖ) puanları karşılaştırıldığında BDT grubunda anlamlı azalma saptanmıştır ($F_{1,28}=4.58$, $p=0.041$). Bununla birlikte, her iki tedavi grubu için de ölçüm zamanları arasında tedavi etkinliği açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($F_{2,56}=1.61$, $p=0.209$). Her iki tedavi grubunda farklılaşmaların hangi haftalar arasında olduğunu görmek için post-hoc LSD testi yapılmıştır. Her iki grupta da 4. ve 8. haftadaki ÇDÖ puanları tedavi öncesi ölçüme göre, daha düşük olmakla beraber, bu düşüş anlamlı bulunmamıştır. Aynı zamanda her iki grupta da ÇDÖ puanlarında 4. ve 8. haftalar arasında da anlamlı azalma görülmemiştir. Son olarak ölçüm haftaları ve tedavi gruplarının etkileşimi incelendiğinde; her iki grupta da tedavinin ÇDÖ puanları üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı görülmüştür ($F_{2,56}=3.07$, $p=0.054$).

Tablo 33: BDT ve Basit Danışmanlık Uygulamasının Çocuklar için Depresyon Ölçeği Puanları Üzerine Etkisinin ANOVA ile İncelenmesi

Kaynak	Tip III Kareler Top.	S.d.	Kare Ort.	F	p
Gruplar içi					
Ölçüm	66	2	33	1.61	0.209
Ölçüm ** Grup	126	2	63	3.07	0.054
Hata	1150	56	21		
Gruplar Arası					
Grup	651	1	651	4.58	0.041*
Hata	3980	28	142		

p = anlamlılık değeri; Sd: Serbestlik derecesi; * $p<0.05$.

Şekil 14’de basit danışmanlık grubunda yer alan ergenlerin ÇDÖ puanının ikinci ölçümden sonra arttığı, BDT grubunda ise ÇDÖ puanının ilk ölçümden itibaren azaldığı görülmektedir. Elde edilen bu bulgular, BDT’nin ÇDÖ puanı üzerine etkisinin basit danışmanlıktan anlamlı farklı olduğunu göstermektedir.



Şekil 14: Çocuklar için Depresyon Ölçek Puanının Grupların Ölçümüne Göre Değişimi

Tablo 34’de görüldüğü üzere ilaç etkisi kontrol altına alındığında BDT ve basit danışmanlık grupları arasında tedavi öncesi ölçümde ve 4. haftada ÇDÖ puanları açısından anlamlı bir fark bulunmazken, 8. haftada BDT grubunda (8.60 ± 6.77) basit danışmanlık grubuna (16.87 ± 8.80) göre anlamlı olarak daha düşük ÇDÖ puanları saptanmıştır ($F_{1,23}=4.7$, $p=0.041$).

Tablo 34: Ölçüm Haftalarına göre BDT ve Basit Danışmanlık Gruplarının Çocuklar için Depresyon Ölçek Puanları Farkı için Yapılan MANCOVA Analizi

Kaynak	Tip III Kareler Top.	S.d.	Kare Ort.	F	p
Tedavi öncesi ölçüm	42.60	1	42.60	0.730	0.402
4.hafta	109.44	1	109.44	1.950	0.176
8.hafta	245.02	1	245.02	4.707	0.041*
Hata		23			

p = anlamlılık değeri; Sd: Serbestlik derecesi; * $p < 0.05$.

*İlaç etkileri kontrol değişkeni olarak alınmıştır.

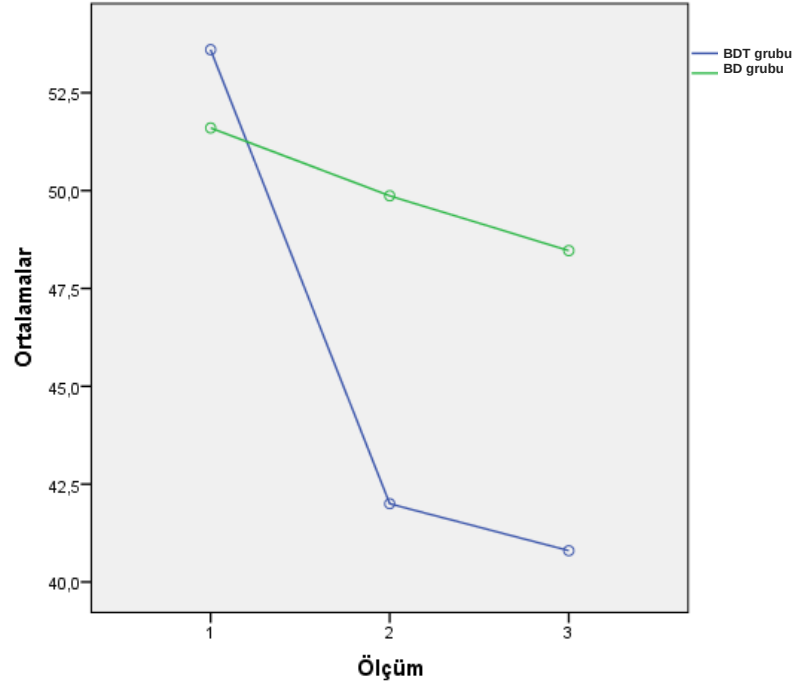
Tablo 35’de görüldüğü gibi, Greenhouse-Geisser düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen tekrarlı ölçümler için ANOVA sonuçlarına göre BDT ve basit danışmanlık grupları arasında çocuk ve ergenler için sosyal fobi ölçeği puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır ($F_{1,28}=0.53$, $p=0.473$). Bununla birlikte, her iki tedavi grubu için de ölçüm zamanları arasında tedavi etkinliği açısından anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($F_{2,47}=4.62$, $p=0.019$). Her iki tedavi grubunda farklılaşmaların hangi haftalar arasında olduğunu görmek için post-hoc LSD testi yapılmıştır. Her iki grupta da 4. ve 8. haftadaki çocuk ve ergenler için sosyal fobi ölçeği puanlarının tedavi öncesi ölçüme göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmekle beraber 4. ve 8. haftalar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Son olarak ölçüm haftaları ve tedavi gruplarının etkileşimi incelendiğinde; her iki grupta da tedavinin çocuk ve ergenler için sosyal fobi ölçeği puanları üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı görülmüştür ($F_{2,47}=2.01$, $p= 0.152$).

Tablo 35: BDT ve Basit Danışmanlık Uygulamasının Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçek Puanları Düzeyleri Üzerine Etkisinin ANOVA ile İncelenmesi

Kaynak	Tip III Kareler Top.	S.d.	Kare Ort.	F	p
Gruplar içi					
Ölçüm	1096	2	650	4.62	0.019*
Ölçüm ** Grup	477	2	283	2.01	0.152
Hata	6642	47	141		
Gruplar Arası					
Grup	458	1	458	0.53	0.473
Hata	24191	28	864		

p = anlamlılık değeri; Sd: Serbestlik derecesi; * $p<0.05$.

Şekil 15’de görüldüğü üzere BDT grubunda yer alan çocuk ve ergenler için sosyal fobi ölçek puan düzeyleri ilk ölçümden itibaren düzenli olarak azalma göstermiştir. Benzer şekilde, aynı miktarda olmamakla birlikte basit danışmanlık grubunda yer alan ergenlerin de sosyal fobi ölçek puanı düzeyleri ilk ölçümden itibaren azalmaktadır. Görüldüğü üzere BDT ve basit danışmanlık gruplarında yer alan ergenlerin sosyal fobi düzeyleri farklı yönde değişim göstermektedir fakat bu farklılıklar anlamlı düzeyde değildir.



Şekil 15: Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçek Puanlarının Grupların Ölçümlerine Göre Değişimi

Tablo 36’da görüldüğü üzere ilaç etkisi kontrol altına alındığında BDT ve basit danışmanlık grupları arasında tedavi öncesi ölçümde, 4. ve 8. haftalarda çocuk ve ergenler için sosyal fobi ölçek puanları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 36: Ölçüm Haftalarına göre BDT ve Basit Danışmanlık Gruplarının Çocuklar ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçek Puanları Farkı için Yapılan MANCOVA Analizi

Kaynak	Tip III Kareler Top.	S.d.	Kare Ort.	F	p
Tedavi öncesi ölçüm	38.96	1	38.96	0.80	0.779
4.hafta	156.63	1	156.63	0.494	0.489
8.hafta	62.65	1	62.65	0.197	0.661
Hata		23			

p = anlamlılık değeri; Sd: Serbestlik derecesi.

*İlaç etkileri kontrol değişkeni olarak alınmıştır.

Tablo 37’de görüldüğü gibi, Greenhouse-Geisser düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen tekrarlı ölçümler için ANOVA sonuçlarına göre BDT ve basit danışmanlık grupları arasında annelerin doldurduğu ve ergenleri değerlendirdiği

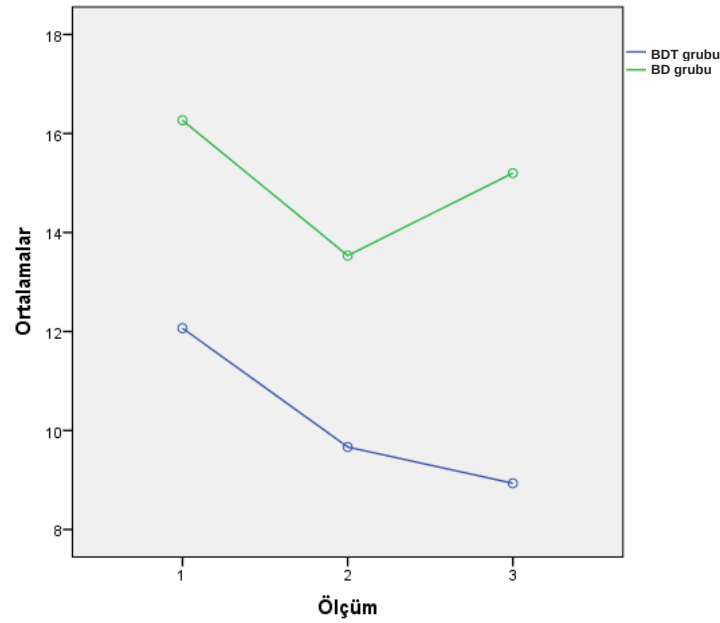
Turgay ölçeği dikkat eksikliği alt ölçek puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmıştır ($F_{1,28}=6.21$, $p=0.019$). Bununla birlikte, her iki tedavi grubu için de ölçüm zamanları arasında tedavi etkinliği açısından anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($F_{2,54}=3.45$, $p=0.041$). Her iki tedavi grubunda farklılaşmaların hangi haftalar arasında olduğunu görmek için post-hoc LSD testi yapılmıştır. Her iki grupta da 4. haftadaki Turgay ölçeği dikkat eksikliği alt ölçek puanları tedavi öncesi ölçüme göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmüştür. Ancak 8. haftadaki ölçek puanı, tedavi öncesi ölçüme göre daha düşük olmakla beraber anlamlı bulunmamıştır. Son olarak ölçüm haftaları ve tedavi gruplarının etkileşimi incelendiğinde; her iki grupta da tedavinin Turgay ölçeği dikkat eksikliği alt ölçek puanları üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı görülmüştür ($F_{2,54}=0.78$, $p=0.458$).

Tablo 37: BDT ve Basit Danışmanlık Uygulamasının Turgay Ölçeği Dikkat Eksikliği Alt Ölçek Puanları Üzerine Etkisinin ANOVA ile İncelenmesi

Kaynak	Tip III Kareler Top.	S.d.	Kare Ort.	F	p
Gruplar içi					
Ölçüm	112	2	59	3.45	0.041*
Ölçüm ** Grup	25	2	13	0.78	0.458
Hata	910	54	17		
Gruplar Arası					
Grup	514	1	514	6.21	0.019*
Hata	2318	28	83		

p = anlamlılık değeri; Sd: Serbestlik derecesi; * $p<0.05$.

Şekil 17’de görüldüğü gibi BDT grubunda yer alan ergenlerin Turgay ölçeği dikkat eksikliği alt ölçek puanı düzeyleri ilk ölçümden başlayarak düzenli olarak azalmıştır. Diğer taraftan basit danışmanlık grubunda yer alan ergenlerin ise gözlenen puanları ikinci ölçümde azalma göstermiş, üçüncü ölçümde ise tekrar artış göstermiştir.



Şekil 16: Turgay Ölçeği Dikkat Eksikliği Alt Ölçek Puanlarının Grupların Ölçümlerine Göre Değişimi

Tablo 38’de görüldüğü üzere ilaç etkisi kontrol altına alındığında BDT ve basit danışmanlık grupları arasında tedavi öncesi Turgay ölçeği dikkat eksikliği alt ölçek puanında anlamlı bir fark bulunmazken, 4. ve 8. haftada BDT grubunda (9.67 ± 3.37 ; 8.93 ± 4.81) basit danışmanlık grubuna (13.53 ± 8.07 ; 15.20 ± 6.58) göre anlamlı olarak daha düşük dikkat eksikliği alt ölçek puanları saptanmıştır ($F_{1,23}=5.62$, $p = 0.026$; $F_{1,23}=9.43$, $p= 0.005$).

Tablo 38: Ölçüm Haftalarına göre BDT ve Basit Danışmanlık Gruplarının Turgay Ölçeği Dikkat Eksikliği Alt Ölçek Puanları Farkı için Yapılan MANCOVA Analizi

Kaynak	Tip III Kareler Top.	S.d.	Kare Ort.	F	p
Tedavi öncesi ölçüm	136.46	1	136.46	2.724	0.112
4.hafta	219.84	1	219.84	5.626	0.026*
8.hafta	319.56	1	319.56	9.431	0.005*
Hata		23			

p = anlamlılık değeri; Sd: Serbestlik derecesi; * $p < 0.05$.

*İlaç etkileri kontrol değişkeni olarak alınmıştır.

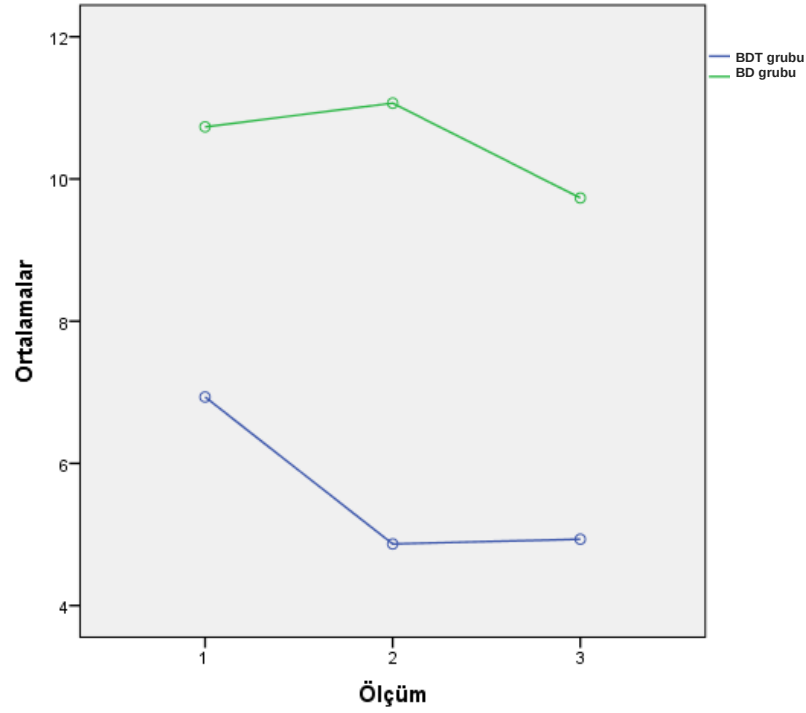
Tablo 39’da görüldüğü gibi, Greenhouse-Geisser düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen tekrarlı ölçümler için ANOVA sonuçlarına göre BDT ve basit danışmanlık grupları arasında annelerin doldurduğu ve ergenleri değerlendirdiği Turgay ölçeği hiperaktivite alt ölçek puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır ($F_{1,28}=4.09$, $p= 0.053$). Bununla birlikte, her iki tedavi grubu için de ölçüm zamanları arasında tedavi etkinliği açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($F_{2,43}=2.13$, $p= 0.141$). Son olarak ölçüm haftaları ve tedavi gruplarının etkileşimi incelendiğinde; her iki grupta da tedavinin Turgay ölçeği hiperaktivite alt ölçek puanları üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı görülmüştür ($F_{2,43}=1.36$, $p= 0.263$).

Tablo 39: BDT ve Basit Danışmanlık Uygulamasının Turgay Ölçeği Hiperaktivite Alt Ölçek Puanları Üzerine Etkisinin ANOVA ile İncelenmesi

Kaynak	Tip III Kareler Top.	S.d.	Kare Ort.	F	p
Gruplar içi					
Ölçüm	34	2	22	2.13	0.141
Ölçüm ** Grup	22	2	14	1.36	0.263
Hata	448	43	10		
Gruplar Arası					
Grup	548	1	548	4.09	0.053
Hata	3749	28	134		

p = anlamlılık değeri; Sd: Serbestlik derecesi.

Şekil 18’de görüldüğü üzere BDT grubunda yer alan ergenlerin Turgay ölçeği hiperaktivite alt ölçek puan düzeyleri ikinci ölçümde azalma gösterirken, üçüncü ölçümde değişim göstermemiştir. Diğer taraftan basit danışmanlık grubunda yer alan ergenlerin ise elde ettikleri puanlar ikinci ölçümde artış göstermiş, üçüncü ölçümde ise azalma göstermiştir. Puanlarda için gruplar arasındaki farklılaşan değişimler olmasına rağmen bu değişimler anlamlı düzeyde değildir.



Şekil 17: Turgay Ölçeği Hiperaktivite Alt Ölçek Puanlarının Grupların Ölçümlerine Göre Değişimi

Tablo 40’da görüldüğü üzere ilaç etkisi kontrol altına alındığında BDT ve basit danışmanlık grupları arasında tedavi öncesi ölçümde ve 8. haftada Turgay ölçeği hiperaktivite alt ölçek puanında anlamlı bir fark bulunmazken, 4. haftada BDT grubunda (4.87 ± 4.94) basit danışmanlık grubuna (11.07 ± 8.60) göre anlamlı olarak daha düşük hiperaktivite alt ölçek puanı saptanmıştır ($F_{1,23}=5.24$, $p=0.032$).

Tablo 40: Ölçüm Haftalarına göre BDT ve Basit Danışmanlık Gruplarının Turgay Ölçeği Hiperaktivite Alt Ölçek Puanları Farkı için Yapılan MANCOVA Analizi

Kaynak	Tip III Kareler Top.	S.d.	Kare Ort.	F	p
Tedavi öncesi ölçüm	36.82	1	36.82	0.730	0.402
4.hafta	257.39	1	257.39	5.240	0.032*
8.hafta	126.78	1	126.78	2.581	0.122
Hata		23			

p = anlamlılık değeri; Sd: Serbestlik derecesi; * $p < 0.05$.

*İlaç etkileri kontrol değişkeni olarak alınmıştır.

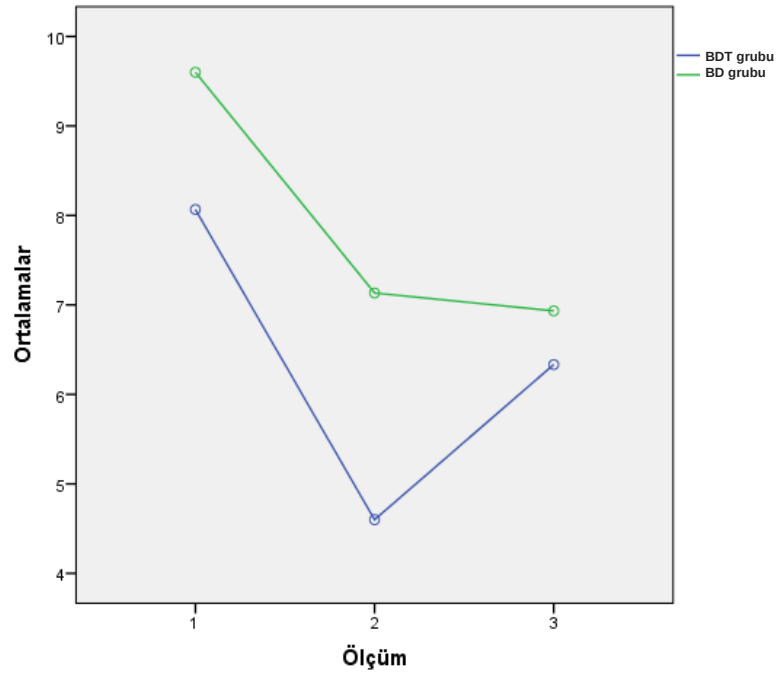
Tablo 40’da görüldüğü gibi, Greenhouse-Geisser düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen tekrarlı ölçümler için ANOVA sonuçlarına göre BDT ve basit danışmanlık grupları arasında annelerin doldurduğu ve ergenleri değerlendirdiği Turgay ölçeği karşıt olma karşı gelme (KOKG) alt ölçek puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır ($F_{1,28}=0.79$, $p=0.383$). Bununla birlikte, her iki tedavi grubu için de ölçüm zamanları arasında tedavi etkinliği açısından anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($F_{2,50}=3.67$, $p=0.037$). Her iki tedavi grubunda farklılaşmaların hangi haftalar arasında olduğunu görmek için post-hoc LSD testi yapılmıştır. Her iki grupta da 4. haftadaki Turgay ölçeği KOKG alt ölçek puanları tedavi öncesi ölçüme göre anlamlı daha düşük saptanmıştır. 8. haftadaki ölçek puanı da tedavi öncesi ölçüme göre daha düşük saptanmıştır ancak anlamlı bulunmamıştır. 8. haftadaki ölçek puanı anlamlı olmasa da 4. haftadaki ölçek puanından daha yüksek saptanmıştır. Son olarak ölçüm haftaları ve tedavi gruplarının etkileşimi incelendiğinde; her iki grupta da tedavinin Turgay ölçeği KOKG alt ölçek puanları üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı görülmüştür ($F_{2,50}=0.36$, $p=0.675$).

Tablo 41: BDT ve Basit Danışmanlık Uygulamasının Turgay Ölçeği KOKG Alt Ölçek Puanları Üzerine Etkisinin ANOVA ile İncelenmesi

Kaynak	Tip III Kareler Top.	S.d.	Kare Ort.	F	p
Gruplar içi					
Ölçüm	142	2	80	3.67	0.037*
Ölçüm ** Grup	14	2	8	0.36	0.675
Hata	1087	50	22		
Gruplar Arası					
Grup	54	1	54	0.79	0.383
Hata	1937	28	69		

p = anlamlılık değeri; Sd: Serbestlik derecesi; * $p<0.05$.

Şekil 19’de görüldüğü üzere BDT grubunda yer alan ergenlerin Turgay ölçeği KOKG alt ölçek puan düzeyleri ikinci ölçümde azalma gösterirken, üçüncü ölçümde artış göstermiştir. Diğer taraftan basit danışmanlık grubunda yer alan ergenlerin ise elde ettikleri puanlar ikinci ve üçüncü ölçümde azalma göstermiştir. Puan düzeylerinde gruplar arasındaki farklılaşan değişimler olmasına rağmen bu değişimler anlamlı düzeyde değildir.



Şekil 18: Turgay ölçeği KOKG Alt Ölçek Puanlarının Grupların Ölçümlerine Göre Değişimi

Tablo 42’de görüldüğü üzere ilaç etkisi kontrol altına alındığında BDT ve basit danışmanlık grupları arasında tedavi öncesi ölçümde, 4. ve 8. haftadaki Turgay ölçeği KOKG alt ölçek puanında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 42: Ölçüm Haftalarına göre BDT ve Basit Danışmanlık Gruplarının Turgay Ölçeği KOKG Alt Ölçek Puanları Farkı için Yapılan MANCOVA Analizi

Kaynak	Tip III Kareler Top.	S.d.	Kare Ort.	F	p
Tedavi öncesi ölçüm	13.64	1	13.64	0.557	0.463
4.hafta	47.47	1	47.47	1.724	0.202
8.hafta	0.260	1	0.260	0.007	0.935
Hata		23			

p = anlamlılık değeri; Sd: Serbestlik derecesi.

*İlaç etkileri kontrol değişkeni olarak alınmıştır.

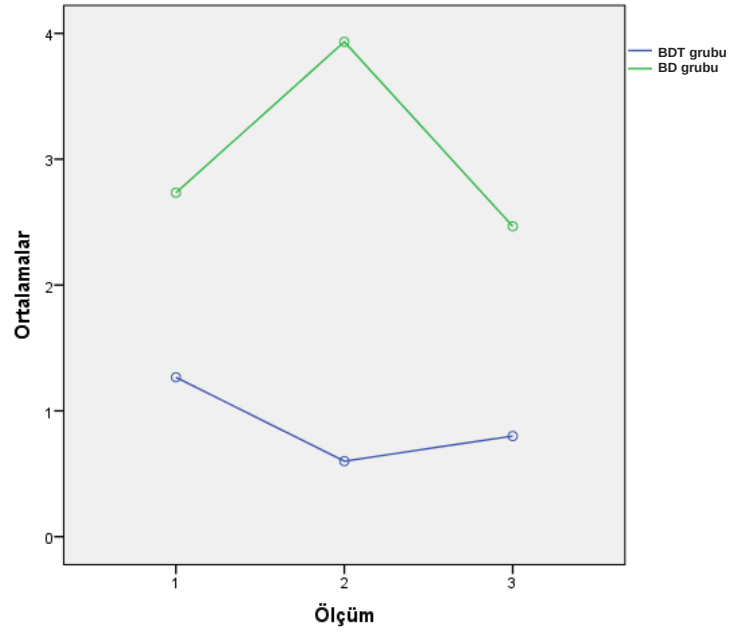
Tablo 43’de görüldüğü gibi Greenhouse-Geisser düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen tekrarlı ölçümler için ANOVA sonuçlarına göre BDT ve basit danışmanlık grupları arasında annelerin doldurduğu ve ergenleri değerlendirdiği Turgay ölçeği davranım bozukluğu (DB) alt ölçek puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır ($F_{1,28}=2.76$, $p= 0.108$). Bununla birlikte, her iki tedavi grubu için de ölçüm zamanları arasında tedavi etkinliği açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($F_{1,41}=0.28$, $p=0.691$). Son olarak ölçüm haftaları ve tedavi gruplarının etkileşimi incelendiğinde; her iki grupta da tedavinin Turgay ölçeği DB alt ölçek puanları üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı görülmüştür ($F_{1,41}=0.73$, $p= 0.451$).

Tablo 43: BDT ve Basit Danışmanlık Uygulamasının Turgay Ölçeği DB Alt Ölçek Puanları Üzerine Etkisinin ANOVA ile İncelenmesi

Kaynak	Tip III Kareler Top.	S.d.	Kare Ort.	F	p
Gruplar içi					
Ölçüm	6	1	4	0.28	0.691
Ölçüm ** Grup	16	1	11	0.73	0.451
Hata	608	41	15		
Gruplar Arası					
Grup	105	1	105	2.76	0.108
Hata	1060	28	38		

p = anlamlılık değeri; Sd: Serbestlik derecesi.

Şekil 20’de görüldüğü üzere BDT grubunda yer alan ergenlerin Turgay ölçeği DB alt ölçek puan düzeyleri ikinci ölçümde azalma gösterirken, üçüncü ölçümde ise artış göstermiştir. Diğer taraftan basit danışmanlık grubunda yer alan ergenlerin ise elde ettikleri puanlar ikinci ölçümde artış göstermiş, üçüncü ölçümde ise azalma göstermiştir. Puanlarda gruplar arasındaki farklılaşan değişimler olmasına rağmen bu değişimler anlamlı düzeyde değildir.



Şekil 19: Turgay ölçeği DB Alt Ölçek Puanlarının Grupların Ölçümlerine Göre Değişimi

Tablo 44’de görüldüğü üzere ilaç etkisi kontrol altına alındığında BDT ve basit danışmanlık grupları arasında tedavi öncesi ölçümde, 4. ve 8. haftalardaki Turgay ölçeği DB alt ölçek puanında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 44: Ölçüm Haftalarına göre BDT ve Basit Danışmanlık Gruplarının Turgay Ölçeği DB Alt Ölçek Puanları Farkı için Yapılan MANCOVA Analizi

Kaynak	Tip III Kareler Top.	S.d.	Kare Ort.	F	p
Tedavi öncesi ölçüm	8.88	1	8.88	1.446	0.241
4.hafta	37.74	1	37.74	0.981	0.332
8.hafta	8.106	1	8.106	0.350	0.560
Hata		23			

p = anlamlılık değeri; Sd: Serbestlik derecesi.

*İlaç etkileri kontrol değişkeni olarak alınmıştır.

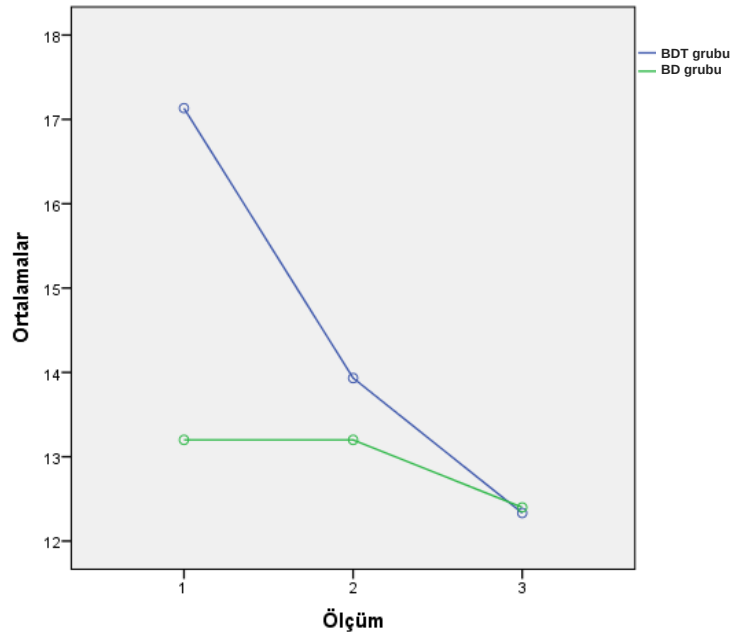
Tablo 45’de görüldüğü gibi, Greenhouse-Gresser düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen tekrarlı ölçümler için ANOVA sonuçlarına göre BDT ve basit danışmanlık grupları arasında anneler tarafından doldurulan ve annelerin kendilerini değerlendirdiği Beck anksiyete ölçek puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır ($F_{1,28}=0.22$, $p= 0.642$). Bununla birlikte, her iki tedavi grubu için de ölçüm zamanları arasında tedavi etkinliği açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($F_{2,49}=1.04$, $p= 0.354$). Son olarak ölçüm haftaları ve tedavi gruplarının da etkileşimi incelendiğinde; her iki grupta da tedavinin annelerin anksiyete ölçek puanları üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı görülmüştür ($F_{2,49}=0.59$, $p= 0.538$).

Tablo 45: BDT ve Basit Danışmanlık Grubunda Yer Alan Annelerin Beck Anksiyete Ölçek Puanlarının ANOVA ile İncelenmesi

Kaynak	Tip III Kareler Top.	S.d.	Kare Ort.	F	p
Gruplar içi					
Ölçüm	118	2	67	1.04	0.354
Ölçüm ** Grup	67	2	38	0.59	0.538
Hata	3194	49	65		
Gruplar Arası					
Grup	53	1	53	0.22	0.642
Hata	6700	28	239		

p = anlamlılık değeri; Sd: Serbestlik derecesi

Şekil 16’da görüldüğü gibi BDT grubunda yer alan annelerin anksiyete düzeyleri ilk ölçümden başlayarak düzenli olarak azalma gösterirken, basit danışmanlık grubunda yer alan annelerin anksiyete puanları ise belirli ölçüde azalma göstermiş olmasına rağmen, BDT grubu için gözlenen anksiyete puan azalışına göre göreceli olarak daha azdır. Puanlarda gözlenen bu gruplar arasındaki farklılaşan değişimler anlamlı düzeyde değildir.



Şekil 20: Annelerin Anksiyete Puan Düzeylerinin Grupların Ölçümlerine Göre Değişimi

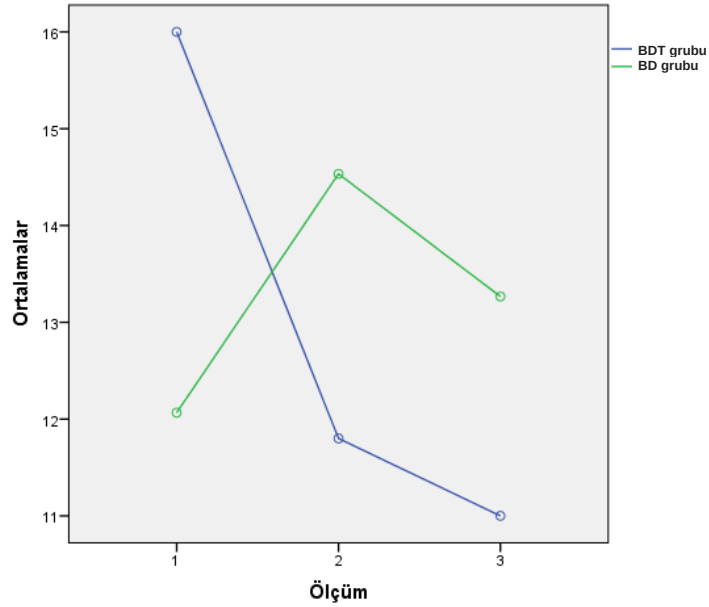
Tablo 46’da görüldüğü gibi, Greenhouse-Gresser düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen tekrarlı ölçümler için ANOVA sonuçlarına göre BDT ve basit danışmanlık grupları arasında anneler tarafından doldurulan ve annelerin kendilerini değerlendirdiği Beck depresyon ölçek puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır ($F_{1,28}=0.01$, $p= 0.914$). Bununla birlikte, her iki tedavi grubu için de ölçüm zamanları arasında tedavi etkinliği açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($F_{2,50}=0.77$, $p= 0.456$). Son olarak ölçüm haftaları ve tedavi gruplarının da etkileşimi incelendiğinde; her iki grupta da tedavinin annelerin depresyon ölçek puanları üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı görülmüştür ($F_{2,50}=2.94$, $p=0.068$).

Tablo 46: BDT ve Basit Danışmanlık Grubunda Yer Alan Annelerin Beck Depresyon Ölçek Puanlarının ANOVA ile İncelenmesi

Kaynak	Tip III Kareler Top.	S.d.	Kare Ort.	F	p
Gruplar içi					
Ölçüm	54	2	30	0.77	0.456
Ölçüm **Grup	208	2	116	2.94	0.068
Hata	1979	50	40		
Gruplar Arası					
Grup	3	1	3	0.01	0.914
Hata	6721	28	240		

p = anlamlılık değeri; Sd: Serbestlik derecesi.

Şekil 21’de görüldüğü üzere BDT grubunda yer alan ergenlerin annelerinin depresyon düzeyleri ölçümlere göre düzenli olarak azalma göstermiştir. Diğer taraftan basit danışmanlık grubunda yer alan ergenlerin annelerinin depresyon ölçek puanları ise ikinci ölçümde artış gösterirken, üçüncü ölçümde azalma göstermiştir.



Şekil 21: Annelerin Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Grupların Ölçümlerine Göre Değişimi

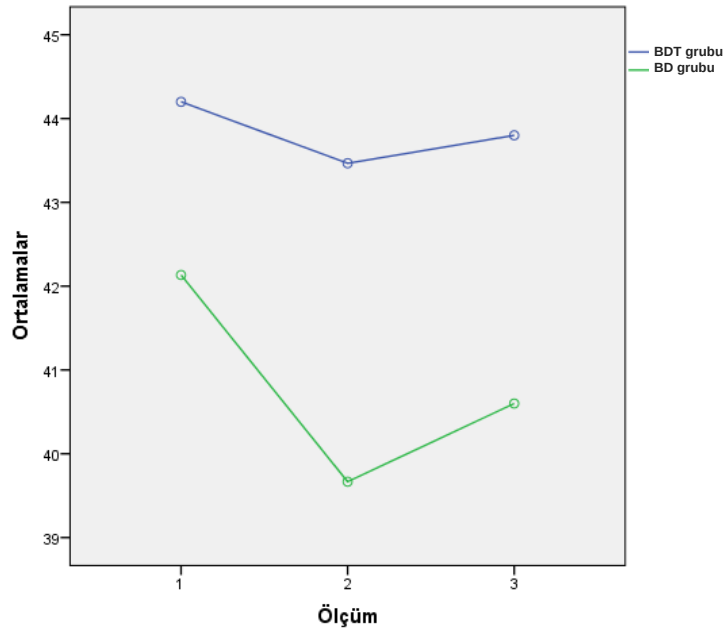
Tablo 47’de görüldüğü gibi, Greenhouse-Gresser düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen tekrarlı ölçümler için ANOVA sonuçlarına göre BDT ve basit danışmanlık grupları arasında annelerin aşırı koruyucu tutum düzeyleri karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır ($F_{1,28}=1.43$, $p=0.243$). Bununla birlikte, her iki tedavi grubu için de ölçüm zamanları arasında tedavi etkinliği açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($F_{2,53}=0.53$, $p=0.584$). Son olarak ölçüm haftaları ve tedavi gruplarının da etkileşimi incelendiğinde; her iki grupta da tedavinin annelerin anksiyete ölçek puanları üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı görülmüştür ($F_{2,53}=0.16$ $p=0.844$).

Tablo 47: BDT ve Basit Danışmanlık Grubunda Yer Alan Annelerin Aşırı Koruyucu Tutum Puanlarının ANOVA ile İncelenmesi

Kaynak	Tip III Kareler Top.	S.d.	Kare Ort.	F	p
Gruplar içi					
Ölçüm	39	2	21	0.53	0.584
Ölçüm ** Grup	12	2	6	0.16	0.844
Hata	2073	53	39		
Gruplar Arası					
Grup	206	1	206	1.43	0.243
Hata	4036	28	144		

p = anlamlılık değeri; Sd: Serbestlik derecesi.

Şekil 22’de görüldüğü üzere BDT grubunda yer alan annelerin aşırı koruyucu tutum ölçek puanları ikinci ölçümde azalma gösterirken, üçüncü ölçümde artış göstermiştir. Benzer şekilde basit danışmanlık grubunda yer alan annelerin ise elde ettikleri puanlar ikinci ölçümde azalma, üçüncü ölçümde ise tekrar artış göstermiştir.



Şekil 22: Annelerin Aşırı Koruyucu Tutum Ölçek Puanlarının Grupların Ölçümlerine göre Değişimi

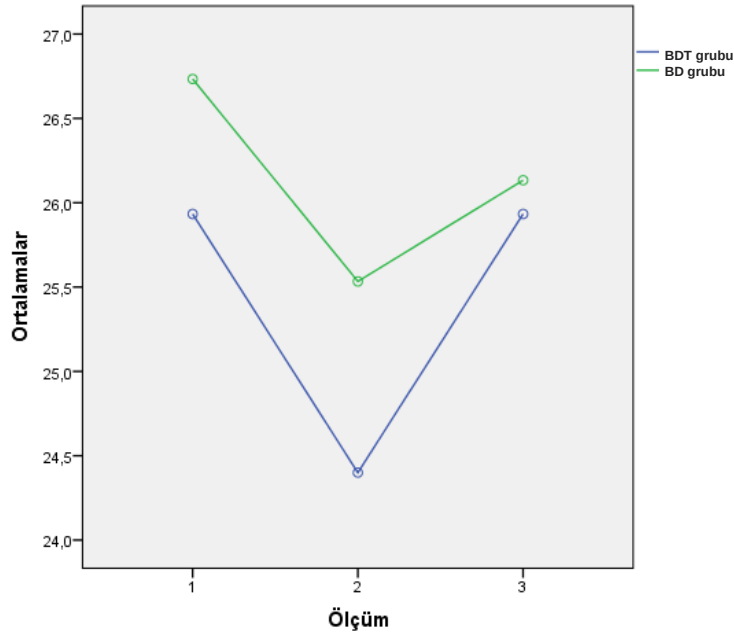
Tablo 48’de görüldüğü gibi, Greenhouse-Gresser düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen tekrarlı ölçümler için ANOVA sonuçlarına göre BDT ve basit danışmanlık grupları arasında annelerin demokratik ve eşitlik tutum düzeyleri karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır ($F_{1,28}=0.5$, $p=0.485$). Bununla birlikte, her iki tedavi grubu için de ölçüm zamanları arasında tedavi etkinliği açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($F_{2,45}=1.44$, $p= 0.246$). Son olarak ölçüm haftaları ve tedavi gruplarının da etkileşimi incelendiğinde; her iki grupta da tedavinin annelerin demokratik ve eşitlik tutum düzeyleri üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı görülmüştür ($F_{2,45}=0.16$, $p= 0.807$).

Tablo 48: BDT ve Basit Danışmanlık Grubunda Yer Alan Annelerin Aşırı Demokratik ve Eşitlik Tutum Puanlarının ANOVA ile İncelenmesi

Kaynak	Tip III Kareler Top.	S.d.	Kare Ort.	F	p
Gruplar içi					
Ölçüm	31	2	19	1.44	0.246
Ölçüm ** Grup	3	2	2	0.16	0.807
Hata	600	45	13		
Gruplar Arası					
Grup	11	1	11	0.50	0.485
Hata	636	28	23		

p = anlamlılık değeri; Sd:Serbestlik derecesi.

Şekil 23’te görüldüğü üzere BDT grubunda yer alan ergenlerin annelerinin demokratik ve eşitlik tutum düzeyleri ikinci ölçümde azalma göstermiş, üçüncü ölçümde ise artış göstermiştir. Benzer şekilde basit danışmanlık grubunda yer alan ergenlerin annelerinin demokratik ve eşitlik tutum puanları ikinci ölçümde azalma göstermiş, üçüncü ölçümde ise tekrar artış göstermiştir.



Şekil 23: Annelerin Demokratik ve Eşitlik Tutum Ölçek Puanlarının Grupların Ölçümlerine göre Değişimi

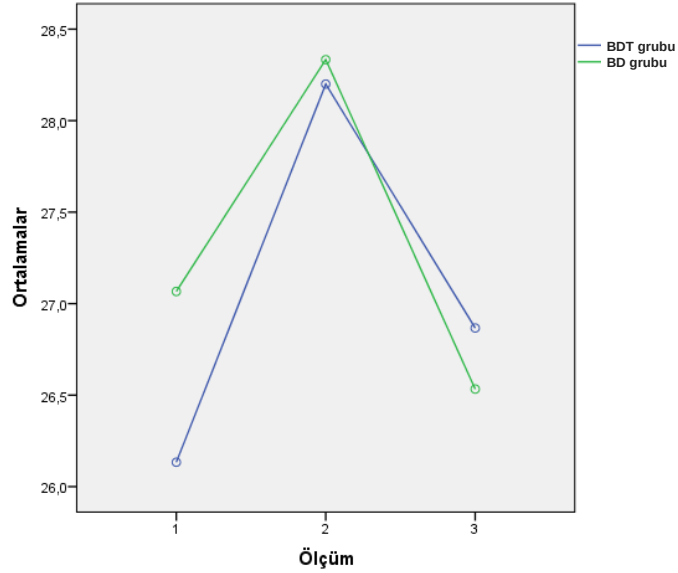
Tablo 49’da görüldüğü gibi, Greenhouse-Gresser düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen tekrarlı ölçümler için ANOVA sonuçlarına göre BDT ve basit danışmanlık grupları arasında annelerin ev kadınlığını reddetme tutum düzeyleri karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır ($F_{1,28}=0.01$, $p=0.911$). Bununla birlikte, her iki tedavi grubu için de ölçüm zamanları arasında tedavi etkinliği açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($F_{2,55}=1.04$, $p=0.361$). Son olarak ölçüm haftaları ve tedavi gruplarının da etkileşimi incelendiğinde; her iki grupta tedavinin annelerin ev kadınlığını reddetme tutum düzeyleri üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı görülmüştür ($F_{2,55}=0.12$, $p=0.882$).

Tablo 49: BDT ve Basit Danışmanlık Grubunda Yer Alan Annelerin Ev Kadınlığını Reddetme Tutum Ölçek Puanlarının ANOVA ile İncelenmesi

Kaynak	Tip III Kareler Top.	S.d.	Kare Ort.	F	p
Gruplar içi					
Ölçüm	52	2	27	1.04	0.361
Ölçüm ** Grup	6	2	3	0.12	0.882
Hata	1418	55	26		
Gruplar Arası					
Grup	1	1	1	0.01	0.911
Hata	2968	28	106		

p = anlamlılık değeri; Sd: Serbestlik derecesi.

Şekil 24'te görüldüğü üzere BDT ve basit danışmanlık grubunda yer alan ergenlerin annelerinin ev kadınlığını reddetme tutum düzeyleri ikinci ölçümde artış göstermiş, üçüncü ölçümde ise azalma göstermiştir.



Şekil 24: Annelerin Ev Kadınlığını Reddetme Tutum Ölçek Puanlarının Grupların Ölçümlerine göre Değişimi

Tablo 50'de görüldüğü gibi, Greenhouse-Gresser düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen tekrarlı ölçümler için ANOVA sonuçlarına göre BDT ve basit danışmanlık grupları arasında annelerin karı-koca geçimsizliği tutum düzeyleri karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır ($F_{1,28}=0.49$, $p=0.489$). Bununla birlikte, her iki tedavi grubu için de ölçüm zamanları arasında tedavi etkinliği açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($F_{2,53}=0.54$, $p=0.564$). Son olarak ölçüm haftaları ve tedavi gruplarının da etkileşimi incelendiğinde; her iki grupta da tedavinin annelerin karı-koca geçimsizliği tutum düzeyleri üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı görülmüştür ($F_{2,53}=0.54$, $p=0.577$).

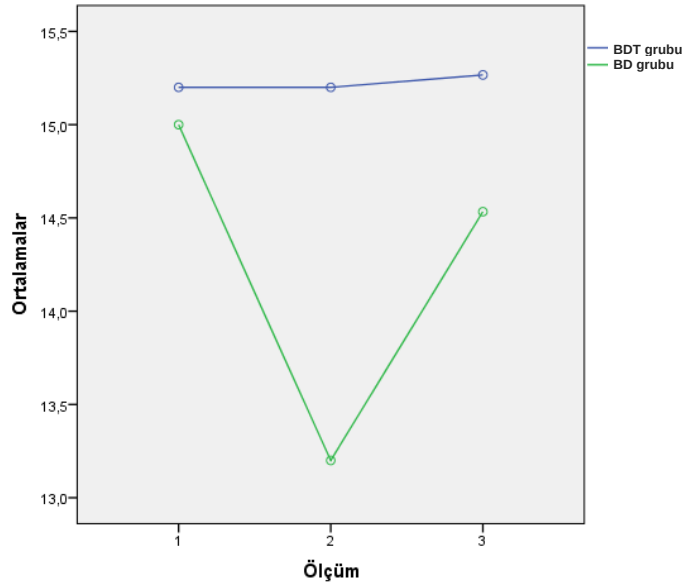
Tablo 50: BDT ve Basit Danışmanlık Gruplarında Yer Alan Annelerin Karı-Koca Geçimsizliği Tutum Ölçek Puanlarının ANOVA ile İncelenmesi

Kaynak	Tip III Kareler Top.	S.d.	Kare Ort.	F	P
Gruplar içi					
Ölçüm	13	2	7	0.56	0.564
Ölçüm ** Grup	13	2	7	0.54	0.577
Hata	668	53	13		
Gruplar Arası					
Grup	22	1	22	0.49	0.489
Hata	1226	28	44		

p = anlamlılık değeri; Sd:Serbestlik derecesi.

Not: **p<0.01

Şekil 25'te görüldüğü üzere BDT grubunda yer alan ergenlerin annelerinin karı-koca geçimsizliği tutum düzeylerinin ölçümlere göre düzenli olarak artış göstermiştir. Diğer taraftan, basit danışmanlık grubunda yer alan ergenlerin annelerinin elde ettikleri puanlar ikinci ölçümde azalma göstermiş, üçüncü ölçümde ise tekrar artış göstermiştir.



Şekil 25: Annelerin Karı Koca Geçimsizliği Tutum Ölçek Puanlarının Gruplardaki Ölçümlerine Göre Değişimi

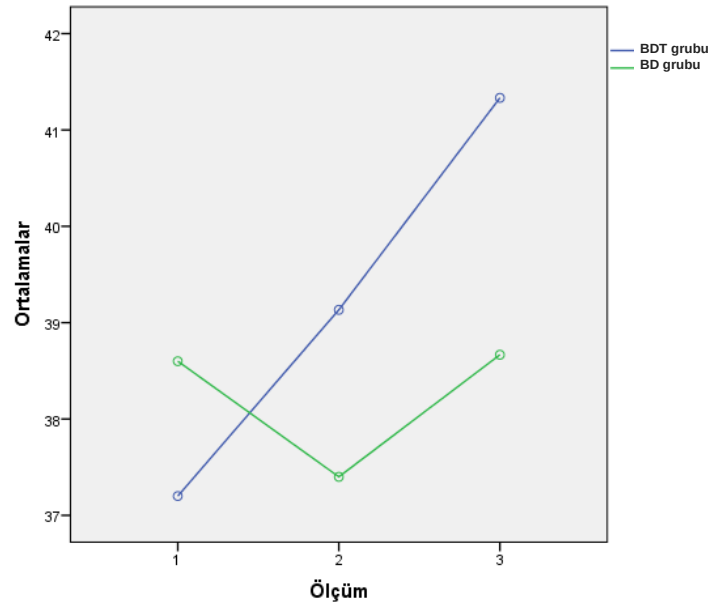
Tablo 51’de görüldüğü gibi, Greenhouse-Gresser düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen tekrarlı ölçümler için ANOVA sonuçlarına göre BDT ve basit danışmanlık grupları arasında annelerin otoriter tutum düzeyleri karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır ($F_{1,28}=0.13$, $p=0.725$). Bununla birlikte, her iki tedavi grubu için de ölçüm zamanları arasında tedavi etkinliği açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($F_{2,51}=1.24$, $p=0.295$). Son olarak ölçüm haftaları ve tedavi gruplarının da etkileşimi incelendiğinde; her iki grupta tedavinin annelerin otoriter tutum düzeyleri üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı görülmüştür ($F_{2,51}=1.12$, $p=0.330$).

Tablo 51: BDT ve Basit Danışmanlık Grubunda Yer Alan Annelerin Otoriter Tutum Ölçek Puanlarının ANOVA ile İncelenmesi

Kaynak	Tip III Kareler Top.	S.d.	Kare Ort.	F	p
Gruplar içi					
Ölçüm	75	2	41	1.24	0.295
Ölçüm **Grup	68	2	37	1.12	0.330
Hata	1704	51	33		
Gruplar Arası					
Grup	23	1	23	0.13	0.725
Hata	4992	28	178		

p = anlamlılık değeri; Sd: Serbestlik derecesi.

Şekil 26’da görüldüğü üzere BDT grubunda yer alan ergenlerin annelerinin otoriter tutum düzeyleri ölçümlere göre düzenli olarak artış göstermiştir. Diğer taraftan, basit danışmanlık grubunda yer alan ergenlerin annelerinin otoriter tutum düzeyleri ise ikinci ölçümde azalma gösterirken, üçüncü ölçümde ise tekrar artış göstermiştir.



Şekil 26: Annelerin Otoriter Tutum Ölçek Puanlarının Grupların Ölçümlerine göre Değişimi

4.7. BDT VE BASİT DANIŞMANLIK GRUBUNDA KULLANILAN İLAÇLARIN İNCELENMESİ

Çalışmamızda kullanılan farmakolojik ajanlarının etkinliğine bakıldığında etkin doz ilaç kullanımı ve etkin doz antidepresan kullanımı BDT grubunda anlamlı daha yüksek saptanmıştır ($p < 0.05$). Diğer taraftan, etkin doz antipsikotik, psikostimulan ve atomoksetin kullanım oranlarında ise BDT ve basit danışmanlık grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$ (Tablo 51).

Tablo 52: BDT ve Basit Danışmanlık Grubunda Kullanılan İlaçların Karşılaştırılması

		BDT grubu		BD grubu		χ^2	p
	Kullanım	N	%	N	%		
Etkin Doz İlaç	Var	11	73.4	5	33.3	4.821	0.028*
	Yok	4	26.6	10	66.7		
Etkin Doz Antidepresan	Var	8	53.4	2	13.3	5.400	0.020*
	Yok	7	46.6	13	86.7		
Etkin Doz Antipsikotik	Var	4	26.6	1	6.6	2.160	0.142
	Yok	11	73.4	14	93.4		
Etkin Doz Psikostimulan	Var	5	33.3	3	20.0	0.682	0.409
	Yok	10	66.7	12	80.0		
Etkin Doz Atomoksetin	Var	2	13.3	2	13.3	0.000	1.000
	Yok	13	86.7	13	86.7		

Not: χ^2 =ki-kare değeri; p = anlamlılık değeri; * $p < 0.05$.

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada, İOOB tanılı ergenlerde tedavi yanıtını etkileyen faktörlerin belirlenmesi hedeflenmiştir. Araştırma hipotezimiz; psikiyatrik eş hastalanım, ebeveyn tutumu, anksiyete ve depresyon düzeyi, tedavi şekli ve kontrol sıklığının İOOB olan ergenlerde tedavi yanıtını etkileyen faktörler arasında olduğu yönündedir. Bu hipotezi test etmek amacıyla katılımcılar haftalık görülüp BDT uygulanan gruba ve aylık görülüp basit danışmanlık uygulanan gruba ardışık olarak ayrılmıştır. Ancak her iki grupta da 15 ergen bu tedavi sürecini tamamlayabilmiştir.

Şimdiye kadar yapılan çalışmalarda İOOB olan ergenlerde tedavi etkinliğini belirleyen faktörler arasında psikiyatrik eş hastalanım ve BDT şekli bildirilmekle beraber halen daha tedaviye cevabın yordayıcıları konusunda kısıtlı sayıda çalışma mevcuttur.

5.1. SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLER

Araştırma protokolümüzde katılımcıların cinsiyet durumu kısıtlanmamış olsa da, çalışmamızda her iki gruptaki tüm katılımcılar erkek ergenlerden oluşturmaktadır. Bu bulgu, İOOB'nin erkek cinsiyette daha fazla olduğunu ve erkeklerin aşırı internet kullanımında kızlara göre daha fazla duyarlılığa sahip olduğunu gösteren önceki çalışmalarla tutarlı bulunmuştur (66,167,168). İki grup arasında katılımcıların yaş ortalamaları, kardeş sayıları, eğitim düzeyleri, sosyoekonomik düzeyleri, aile yapısı, ebeveynlerin yaş ortalamaları ve ebeveynlerin eğitim düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Sosyodemografik verilerin hem BDT grubunda hem de basit danışmanlık grubunda anlamlı farklılık göstermemesinin her iki gruptaki katılımcıların İOOB tanılı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

5.2. İNTERNET KULLANIMIYLA İLE İLGİLİ BULGULAR

İnternet kullanımıyla ilgili bilgiler, ebeveynlerin konu ile ilgili farkındalığını değerlendirmek amacıyla annelerden ve ergenlerden ayrı ayrı alınmış ve değerlendirmeleri ayrı olarak yapılmıştır.

Araştırmamızda ergenlerin bilgisayar ve interneti erken kullanmaya başlamasının patolojik internet kullanımı riskini artırabileceği düşünülerek, BDT ve basit danışmanlık grubu olgularının internet kullanmaya ve internet oyunu oynamaya başlama yaşları ile internet kullanımıyla ilgili sorunların başlama yaşları incelenmiştir. Ergen ve annelere göre internet kullanımına başlama yaşı, internet oyunu oynamaya başlama yaşı ve internet kullanımı ile ilgili sorunların başlama yaşı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu durum her iki grubun da İOOB tanısına sahip olmasıyla ilişkili olabilir. Çalışmamızda ergen ve annelerinin bildirimlerine göre hem BDT hem de basit danışmanlık grubunda internet kullanımına başlama yaşları ortalama 6 ile 7 yaş, internet oyunu oynamaya başlama yaşları 7 ile 8 yaş arasında saptanmış olup, bu bulgumuz literatürdeki bazı çalışmalarla benzerlik göstermektedir (169–171). 2013 yılındaki TÜİK verilerine göre; 6-15 yaş arası internet kullanan çocuklarda internet kullanmaya başlama yaşının 9 ve 11-15 yaş arası çocuklarda internet kullanmaya başlama yaşının ortalama 10 yaş olduğu bildirilmektedir (172). Yapılan başka bir çalışmada da İOOB olan ergenlerde internet kullanmaya başlama yaşı ortalama 9 ve internet oyunu oynamaya başlama yaşı ortalama 10 olarak bildirilmiştir (16). Bu bulgular, bizim çalışmamızdan farklılık göstermektedir. Bu farklılık, internet kullanımının her geçen gün artması ve internet kullanmaya başlama yaşının giderek düşmesiyle ilgili olabilir.

İnternet bağımlılığını belirleyen en önemli faktörlerden birinin günlük internet kullanım süresi olması nedeniyle araştırmamızda katılımcıların hafta içi ve hafta sonu internet kullanım sürelerine bakılmıştır. Annelere göre BDT grubunda hafta içi internet kullanım süresi 8.00 ± 2.80 saat/gün, hafta sonu internet kullanım süresi 11.33 ± 3.26 saat/gün; basit danışmanlık grubunda ise hafta içi internet kullanım süresi 7.00 ± 3.20 saat/gün, hafta sonu internet kullanım süresi 9.93 ± 3.47 saat/gün bulunmuştur ve gruplar arası fark saptanmamıştır. Çalışmamız, anne

bildirimlerine göre çocuklarının hafta içi internet kullanım süresini 9.73 ± 2.57 bildiren bir çalışmayla uyumlu görünmektedir (171). Ancak çalışmamız, İOOB olan ergenlerde anne bildirimlerine göre hafta içi internet kullanım süresinin ortalama 6 saat/gün olarak bulunduğu iki çalışmadan farklılık göstermektedir (13,16). Bu durum, gerçek zamanlı strateji ve rol yapma gibi oyunlara ulaşımın ve bu oyunlardaki çeşitliliğin giderek artmasının, ergenlerdeki internet kullanım sürelerini arttırmış olmasıyla ilişkili olabilir.

Ergenlere göre internet kullanım sürelerine bakıldığında; çalışmamız, hafta içi çevrimiçi oyun süresinin 215.2 ± 156.2 (dakika/gün), hafta sonu çevrimiçi oyun süresinin 365 ± 228.9 (dakika/gün) (173), günlük internet süresinin 6.7 ± 4.2 saat/gün (174) ve hafta içi oyun oynama süresinin 6.06 ± 2.12 saat/gün (16) olduğunu bildiren çalışmalarla uyumlu bulunmuştur. Ayrıca “Digital in 2018” Türkiye verilerinde çalışmamızla uyumlu olarak kullanıcıların ortalama 7 saat internete bağlandıkları bildirilmektedir (28).

Çalışmamızda hem BDT, hem de basit danışmanlık grubundaki annelerin çocuklarının hafta içi ve hafta sonu internet kullanımları için bildirdiği sürelerin, iki grupta da katılımcıların bildirim sürelerinden daha yüksek olduğunun görülmesi, ergenlerde internet kullanım süresinin anne ve ergen bildirimlerine göre ayrı olarak değerlendirildiği ve annelerin belirttiği sürenin ergenlerin bildirimlerine göre daha az olduğunu bildiren bir çalışmayla uyumsuz görünmektedir (174). Bu farklılık, çalışmamızdaki katılımcıların internet bağımlılığı polikliniğinden alınmış olmasından ve polikliniğimize başvuran pek çok ergenin ebeveyninin isteği üzerine gelmesinden ve ergenlerin kendi bildirimlerinde internet kullanımını minimize etme tarzlarından kaynaklanmış olabilir.

Ergen ve annelere göre ergenlerin internet kullanım amaçları her iki grupta da en sık oyun oynama olarak bulunmuştur. Bu bulgu, İOOB tanıılı ergenlerin interneti en sık oyun oynama ve sosyal medya için kullandığını gösteren çalışmalarla uyumlu görünmektedir (16,175). 2013 yılı TÜİK verilerine göre ise 6-15 yaşındaki çocuklar interneti en çok %84.4 ile ödev ve öğrenme amacıyla kullanırken, bunu %79.5 oyun oynama, % 56.7 ile bilgi arama, % 53.5 ile sosyal medya ağlarına katılma takip etmiştir (172). Çalışmamızın bulgularının TÜİK verilerinden farklı olmasının sebebi;

çalışmamızda her iki grubunda interneti özellikle oyun kullanımı için tercih eden ergenlerden oluşması, tanı kriterlerinde oyun oynamaya vurgu yapılması ve TÜİK verilerinin genel popülasyonu değerlendiren veriler olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda annelere göre çocuklarının internette en sık oynadıkları oyun türleri incelendiğinde hem BDT hem de basit danışmanlık grubundaki anneler çocuklarının en sık strateji oyunları, ikinci sırada en fazla dövüş oyunlarını tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Ergenlerin görüşlerine göre ise hem BDT, hem de basit danışmanlık grubunda en sık oynanan oyun türü strateji oyunları olmakla beraber, ikinci sırada en fazla oynanan oyun türü BDT grubunda yarış oyunları, basit danışmanlık grubunda ise dövüş oyunları olduğu belirlenmiştir. Bu bulgumuz, ergenlerde oyun türlerinin incelendiği çalışmalarda katılımcıların en sık strateji oyunlarını tercih ettiği, strateji ve rol yapma oyunlarının aksiyon oyunlarına göre patolojik oyun oynamayla daha fazla ilişkili olduğu bildirilen çalışmalarla benzerlik göstermektedir (176–179).

5.3. ANNELERİN ÇOCUK YETİŞTİRMEYLE İLGİLİ GENEL VE İNTERNETE YÖNELİK TUTUMLARI VE ERGENLERİN AİLELERİYLE OLAN İLİŞKİSİNE BAKIŞ AÇISI

Araştırmamızda her iki gruptaki annelerin hepsi çocuklarına internet kullanımı konusunda sınır koyduklarını bildirmiştir. Ergenler ile yapılan bir çalışmada patolojik internet kullanımı olan ergenlerde, patolojik internet kullanımı olmayan ergenlere göre ebeveyn kısıtlamasının 1.9 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Oyun oynama sorunları ortaya çıktıktan sonra kısıtlayıcı ebeveyn tutumlarının ergenlerin oyun oynama isteğini ve ebeveyn-çocuk çatışmasını arttırdığı düşünülmüştür (180). Bu durum, araştırmamızda tüm ebeveynlerin çocuklarına internet kullanımı konusunda sınır koymasına rağmen internet oyunu oynama davranışının devam etmesini açıklıyor olabilir. Bununla beraber internet kullanımı konusunda sınır koyulmasına rağmen ergenin aşırı internet kullanımının devam ediyor olması ailenin bu kuralları yeterince denetlememesinden de kaynaklanıyor olabilir. Yapılan başka bir çalışmada ise; kuralların net bir şekilde ifade edilmesinin,

ekran saatinde sınırlar konulmasının ve kurallar konusunda çocuk ile anlaşma yapılmasının internet kullanım süresini azalttığı gösterilmiştir (181).

Annelere göre çocuklarına internet kullanımı konusunda kimin sınır koyduğuna bakıldığında; BDT grubunda 9 katılımcıya annenin, 6 katılımcıya aile büyüklerinin, basit danışmanlık grubunda ise 8 katılımcıya annenin, 5 katılımcıya babanın ve 2 katılımcıya da aile büyüklerinin sınır koyduğu belirlenmiştir. Babanın internet konusunda sınır koyma frekans değeri BDT grubunda 0, basit danışmanlık grubunda 5 olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Düşük baba katılımının İOOB gelişmesinde anlamlı bir yordayıcı olduğu da çalışmalarda gösterilmiştir (182,183). Yine annelere göre çocuğa internet dışı alanlarda sınır koyma, internet filtre programı kullanma, sorumluluklarını gerçekleştirmesine izin verme ve ceza verme açısından her iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Ergenlere göre internet kullanımı konusunda kimin sınır koyduğuna bakıldığında BDT grubunda 7 katılımcıya annenin, 3 katılımcıya babanın, 1 katılımcıya aile büyüklerinin; basit danışmanlık grubunda ise 7 katılımcıya annenin, 5 katılımcıya babanın sınır koyduğu bildirilmiştir ve gruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır. 407 ortaokul öğrencisinde internet kullanım özelliklerini değerlendiren bir çalışmada, interneti uzun süre kullandığında katılımcıların 287'si (% 70.5) annesinden, 70'i (% 17.2) babasından uyarı alırken, %5'i (% 12.3) ise hiç kimseden uyarı almadığını bildirmiştir (184). Bu çalışma da sınır koyulmayan kısmın az olması çalışmamızla uyumlu görünmektedir. Ebeveynin internet kullanımı konusunda sınır koyma düzeyinin incelendiği bir çalışmada, çocuk ve ebeveyn raporları arasında uyumsuzluk görülmüştür. Ebeveynlerin %61'i, ergenlerin %38'i ebeveynlerin internet kullanımı konusunda kural koyduğunu bildirmiştir ve bizim çalışmamızla uyumlu olarak internete sınır koyma konusunda anne bildirimlerinin ergen bildirimlerinden daha fazla olduğu görülmüştür (185). Bu durum, annelerin internete etkin bir şekilde sınır koyamamasının, ergenlerin bu sınırları daha az algılamasına sebep olabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Bununla birlikte, internet oyunlarına zaman, yer ve içerik kısıtlamalarının yapılmasının aşırı oyun oynamanın engellenmesi veya semptomlarının azaltılması için etkili olmadığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (186,187).

Annelere göre çocuklarının internet kullanımı nedeniyle ders başarısında düşme, aile ve arkadaş ilişkisinde bozulma ile ilgili görüşleri karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. BDT grubundaki katılımcıların annelerinin %93.4'ü internet kullanımı nedeniyle çocuklarının ders başarısında düşme ve aile ilişkilerinde bozulma bildirirken, annelerin %86.7'si internet kullanımı nedeniyle çocuklarının arkadaş ilişkisinde bozulma bildirmiştir. Basit danışmanlık grubunda ise katılımcıların annelerinin %93.4'ü ise internet kullanımı nedeniyle çocuklarının ders başarısında düşme, aile ilişkilerinde ve arkadaş ilişkisinde bozulma bildirmiştir. Bu bulgu, ebeveynlerin çocuklarının problemlili internet kullanımı nedeniyle ortaya çıkan problemleri veya olumsuz etkileri fark ettiğini gösteren bir çalışmayla uyumlu görünmektedir (175). Çalışmamıza benzer şekilde bazı çalışmalarda da aşırı internet kullanımının derslerden düşük not alma, dönem uzatma ve okuldan uzaklaştırılma gibi ciddi akademik sorunlara neden olabileceği gösterilmiştir (11,12,63). Çalışmamızda her iki grubun da aile ve arkadaş ilişkilerinin olumsuz etkilenmiş olması, problemlili oyun oynayan çocukların ailelerinde daha fazla aile içi çatışma ve ailevi problemlerin görüldüğü ve bu çocukların daha az arkadaşla sahip olduğunu bildirilen bir çalışmayla uyumlu görünmektedir (188). Aynı zamanda ders başarısının düşük olması ve zayıf arkadaş ilişkisi gibi faktörlerin de problemlili internet kullanım riskini arttırdığı bildirilmiştir (175).

Ergenlere göre baba ile aktivite yapma basit danışmanlık grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda hem BDT hem de basit danışmanlık grubundaki katılımcıların %80'ini aile ilişkisini sıcak olarak belirtmiştir. Sorunlu oyun oynama davranışı olan ergenlerde aile ile ilişkili faktörlerin değerlendirildiği bir çalışmada, ebeveyn-çocuk arasındaki olumsuz ilişkinin oyun oynama davranışını arttırdığı, baba ile iyi ilişkinin koruyucu olduğu bildirilmiştir (182). Bizim çalışmamızdan farklı olarak internet bağımlılığı olan 304 ergenle yapılan bir çalışmada, ergenlerin ailelerini duygusal sıcaklıktan yoksun, müdahaleci, reddedici ve cezalandırıcı olarak değerlendirdikleri bildirilmiştir (189). Bu farklılık örneklem sayımızın görece az olmasıyla ilişkili olabilir.

Bilişsel davranışçı tedavi grubundaki ergenlerin %66.7'si internet kullanımı nedeniyle ders başarısında düşme ve arkadaş ilişkilerinde bozulma, %60'ı internet

kullanımı nedeniyle aile ilişkilerinde bozulma olduğunu bildirmiştir. Basit danışmanlık grubunda ise ergenlerin %73.4'ü internet kullanımı nedeniyle ders başarısında düşme ve arkadaş ilişkilerinde bozulma, %86.7'si internet kullanımı nedeniyle aile ilişkilerinde bozulma olduğunu bildirmiştir. Ergenlere göre internet kullanımının ders başarısına, aile ve arkadaş ilişkisine olumsuz etkisi iki grup arasında karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmamız İOOB olan ergenlerde ders başarısının etkilenmediğini bildiren bir çalışma bulgusuyla (16) çelişse de, yoğun internet kullanımının akademik performansta düşüklüğe yol açtığını gösteren çalışmalarla uyumludur (128,190). Bir çalışmada İOOB olan ergenler ailesi ve arkadaşlarına daha az zaman ayırabildiklerini, arkadaşlarıyla ya da aileleriyle bir aktivite yapmaktansa oyun oynamayı tercih ettiklerini ve oyun gruplarından arkadaşlık kurduklarını belirtmişlerdir (16). Araştırmamız çocukların görüşlerinin alındığı bu çalışmayla uyumluluk göstermektedir.

5.4. KATILIMCILARIN ANNE VE BABALARININ TELEVİZYON İZLEME VE İNTERNET KULLANIM BULGULARI

Katılımcıların anne ve babaların internet kullanımı ve televizyon izleme sürelerinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmamızda anne ve babaların günlük internet kullanım süresinin yaklaşık 1 ile 2 saat/gün arasında olması, patolojik internet kullanımı olan ergenlerin anne ve babalarının internet kullanım süreleriyle uyumlu görünmektedir (191). Annelerin internet kullanım amaçlarına bakıldığında hem BDT hem de basit danışmanlık grubundaki annelerin interneti en sık sosyal paylaşım siteleri için, ikinci olarak da arkadaşlarla konuşmak için kullandığı bulunmuştur. BDT grubundaki babaların interneti en sık arkadaşlarla konuşmak için, basit danışmanlık grubundaki babaların ise en sık sosyal medya paylaşım siteleri için kullandığı belirlenmiştir. Ebeveynlerin internet kullanım amaçlarında gruplar arası farklılık bulunmamıştır. Literatürde İOOB tanıılı ergenlerde ebeveynlerin internet kullanım ve televizyon izleme süreleri ile ilgili araştırmalar kısıtlı olmakla beraber oyun oynama davranışı bulunan ebeveynlerin çocuklarının oyun oynama süresinin daha fazla olduğu gösterilmiştir (192). Bunun yanında ebeveyn internet kullanımının çocuklarının internet kullanım süresine etki etmediğini gösteren bir çalışma da bulunmaktadır (193). Ebeveyn

internet kullanımının, ergenin internet kullanımına etkisini daha iyi anlaşılabilmesi için anne ve babaların internet kullanımı ile çocuklarının internet kullanımı arasındaki ilişkiyi araştıran daha fazla çalışmaya gerek duyulmaktadır.

5.5. PSİKIYATRİK EŞ HASTALANIM

İki gruptaki katılımcılar klinisyen tarafından ÇDŞG-ŞY-T ile yapılan görüşme ile şimdiki zaman psikopatoloji değerlendirilmiştir.

Araştırmamızda BDT grubunda en sık konulan tanılar sırasıyla DEHB (%93.4), SAB (%46.6), MDB (%46.6), YAB (%33.3) iken basit danışmanlık grubunda en sık eş tanılar sırasıyla DEHB (%100), MDB (%33.3) ve SAB (%33.3) olarak bulunmuştur. Bulgularımız, İOOB'ye en sık DEHB, depresyon, anksiyete bozuklukları ve OKB'nin eşlik ettiğinin belirten DSM-5 (4) ile İOOB olan ergenlerde eş hastalanım olarak en sık DEHB, depresyon, sosyal fobi ve agresif davranışları bildiren çalışmalarla uyumlu görünmektedir (13,152).

Literatürde internet bağımlılığı komorbiditesi ile ilgili daha önce yapılmış birçok çalışma olmasına rağmen, İOOB komorbiditesine odaklanan az sayıda çalışma bulunmaktadır (117). İOOB komorbiditeyi ile ilgili yapılan çalışmalar anketlere dayandığı için eş hastalanımı değerlendirmede eksiklikler bulunmaktadır (108). Bir diğer eksiklik de, İOOB'de komorbiditeyi değerlendirirken DSM-5'de bulunan diğer tanıların değerlendirilmemiş olmasıdır (194).

Ülkemizde 12-18 yaş arasındaki 52 erkek ergende yapılandırılmış görüşme teknikleriyle İOOB'de komorbiditenin incelendiği bir çalışmada, en sık konulan tanılar sırasıyla DEHB (%48.1), SAB (%44.2), depresyon (%38.2), KOKG (%28.8) olarak bulunmuştur (13). Bu çalışmadaki DEHB oranı çalışmamızdan daha düşük olmasıyla farklılık gösterirken, yaş grubu ve görüşme yöntemi bakımından çalışmamıza benzerlik göstermektedir.

İnternet üzerinden İOOB ölçeği ile İOOB tanısı alan 22 yetişkin ve 12 üniversite öğrencisinde (yaş ort. 23.8) (%70 erkek) ölçekler kullanılarak komorbidite değerlendirildiğinde, depresyon (%59), OKB (%47), DEHB (%91) ve YAB (%47)

en sık tanılar olarak bildirilmiştir (194). Bu çalışmadaki eş hastalanım oranlarını çalışmamızla karşılaştırdığımızda, DEHB ve depresyon oranları BDT ve basit danışmanlık grubumuzdaki oranlara yakinken; OKB ve YAB oranları çalışmamızdan yüksek bildirilmekle farklılık göstermektedir. Bu farklılığa, çalışmanın erişkin yaş grubunda yapılması, kız cinsiyetin dahil edilmesi ve tanı koyma işleminin ölçeklerle yapılması neden olmuş olabilir.

İnternet bağımlılığı olan ergenlerde en sık eşlik eden psikiyatrik bozuklukları DEHB, depresyon, sosyal fobi olarak bildiren çalışmalar, çalışmamızla uyumlu görünmektedir (115,195). 10-18 yaş internet kötüye kullanımı olan 60 çocuk ve ergende psikiyatrik eş tanıların yapılandırılmış görüşme teknikleri ile değerlendirildiği bir çalışmada en sık saptanan tanılar DEHB (%83.3), SAB (%35), MDD (%30) VE OKB (%25)'dir. Davranım bozukluğu %15, KOKG %23.3, özgül fobi %15, TSSB %3.3, tik bozuklukları %16.7 saptanmıştır (196). Bu çalışma yaş grubu, katılımcıların çoğunun erkek olması ve kültürel özellikler bakımından çalışmamıza benzerdir. Eş hastalanım oranları çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Kore'de internet bağımlılığı olan 39 erişkinde eş hastalanım yapılandırılmış görüşme teknikleri kullanılarak incelendiği bir çalışmada, depresyon %36.8, YAB %18.4, SAB %5.1, özgül fobi %13.5, OKB %7.7, TSSB %7.7 olarak saptanmıştır (111). Bu bulgular, SAB oranının daha düşük olması dışında çalışmamızla benzerlik göstermektedir. SAB'ın çalışmamızda erişkin çalışmasına göre fazla olmasının sebebi örneklem grubunun yaş ortalamasından kaynaklanıyor olabilir.

Ha ve arkadaşları tarafından çocuk ve ergen yaş grubunda bilinen ilk yarı yapılandırılmış görüşme tekniği ile yapılan çalışmada 12 çocuk ve 12 ergen olmak üzere 24 internet bağımlısı değerlendirilmiştir. Çocuk grubunda 7 kişide DEHB (%29) en sık tespit edilen tanı olurken, ergen grubunda ise 3 kişide MDD (%12), 1 kişide şizofreni (%4) ve 1 kişide OKB (%4) saptanmıştır (110). Bu çalışma yaş grubu ve görüşme yöntemi itibarıyla çalışmamızla aynıdır. Benzer şekilde en sık tespit edilen tanının DEHB olması, şizofreni ve OKB gibi tanıların az oranda görülmesi çalışmamızla benzerdir ancak diğer tanıların saptanmaması en büyük

farklılıktır. Tüm bu bilgiler ışığında İOOB’de komorbiditeyle ilgili daha geniş örneklem grubunda, daha çok sayıda çalışmalara ihtiyaç olduğu söylenebilir.

5.5.1. Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu

Çalışmamızda DEHB, BDT grubunda %93.4, basit danışmanlık grubunda %100 oranlarıyla en sık saptanan eş hastalanım olmuştur. İOOB olan ergenlerde DEHB en çok görülen tanıdır ve görülme sıklığı %29.3 ile %91 arasında değişmektedir (152,194). Patolojik internet kullanımı olan erişkinlerde DEHB eş tanısının değerlendirildiği meteanaliz çalışmalarında görülme sıklığı %21.7 ile %100 arasında değişmektedir (115,116).

Yoo ve ark. (2004), Güney Kore’de DEHB ile internet bağımlılığı arasındaki ilişkiyi incelediği bir çalışmaya ilköğretime devam eden 264 erkek, 271 kız, toplam 535 öğrenci dahil etmiştir. DEHB olanlar, olmayanlara göre internet bağımlılığı ölçeğinden daha yüksek puanlar almıştır. Örneklemde DEHB düzeyi ile internet bağımlılığının şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu çalışmanın sonucunda DEHB’nin internet bağımlılığı için önemli bir risk faktörü olabileceği sonucuna ulaşılmıştır (110).

Han ve arkadaşlarının DEHB ve internet video oyunları oynayan ilaç kullanmayan 62 çocuk (ort. yaş 9.3 $\pm$ 2.2) ile yaptıkları çalışma, DEHB tedavisinin önemini ortaya koymaktadır. 8 haftalık metilfenidat tedavisi (18-54 mg/gün) ile internet bağımlılığı ölçek puanında ve haftalık oyun oynama süresinde azalma olduğu bildirilmiştir ve bu değişiklik toplam ve dikkatsizlik puanlarındaki değişimle ilişkili bulunmuştur. Bu bulgu, DEHB’nin tedavi edilmesinin İOOB belirtilerinin gerilemesine katkı sağlayacağı şeklinde yorumlanmıştır (120).

İnternet oyun oynama bozukluğu ve DEHB tanısı olan 86 ergen erkek hasta, metilfenidat grubu (44 hasta, yaş ort. 16.9 $\pm$ 1.6, 40 mg/gün), ve atomoksetin grubu (42 hasta, yaş ort. 17.1 $\pm$ 1.0, 60 mg/gün) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır ve iki gruba da 12 hafta boyunca tedavi verilmiştir. Metilfenidat, DEHB ölçek puanlarında azalma da daha etkili iken atomoksetinin depresif ölçek puanlarında azalma da daha etkili bulunmuştur. Her iki tedaviyle internet bağımlılığı ve dürtüsellik ölçek

puanlarında benzer, anlamlı azalma bildirilmiştir. Bu çalışma, dürtüselliğin problemli oyun oynamada önemli bir rolü olduğu konusuna dikkat çekmiştir (121).

5.5.2. Major Depresif Bozukluk

Çalışmamızda depresyon BDT grubunda %46.6, basit danışmanlık grubunda %33.3 oranında bulunmuştur ve hem BDT, hem de basit danışmanlık grubunda en sık ikinci komorbidite olduğu gösterilmiştir. Çalışmamız, 12-17 yaş arası 59 ergende yarı yapılandırılmış görüşme teknikleri kullanılarak depresyon oranını %44 bulan çalışmayla (152) ve ülkemizde 12-18 yaş arası 50 ergende depresyon oranının %38.4 tespit eden çalışmayla (13) yaş aralığı, kullanılan görüşme tekniği ve eş hastalanım oranı bakımından benzerlik göstermektedir. Ancak, çalışmamız İOOB olan ergenlerde eş hastalanımı ölçeklerle değerlendirdiğinde depresyon oranını %15.1 bulan çalışmayla uyumsuz görünmektedir (197). Bunun nedenleri, İOOB şiddetinin bir göstergesi olarak kabul edilen günlük oyun oynama süresinin (ort. hafta içi 3.42 saat/gün; ort. hafta sonu 4.49 saat/gün) çalışmamızdan oldukça az olması ve eş tanının ölçeklerle değerlendirilmesi olabilir.

Erişkin internet bağımlılığı katılımcıların dahil edildiği çalışmalarda depresyon oranı %7 ile %75 arasında değiştiği gösterilmiştir (113,116).

Kore’de 774 İOOB’li erişkinde depresyon komorbiditesi %62.3 saptanmıştır. Aynı zamanda, İOOB’ye depresyon eşlik ettiğinde internet bağımlılığı ölçek puanının ve anksiyete ölçek puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (167). Bu çalışmadaki depresyon oranının çalışmamızdan yüksek olarak bildirilmesi, çalışmanın erişkinlerde yapılmasından ve kadın cinsiyetin dahil edilmesinden kaynaklanıyor olabilir.

5.5.3. Anksiyete Bozuklukları

Araştırmamızda İOOB’ye eşlik eden anksiyete bozukluklarına bakıldığında hem BDT, hem de basit danışmanlık grubunda en sık görülen tanı SAB olurken, daha sonra BDT grubunda sırasıyla YAB ve özgül fobi; basit danışmanlık grubunda özgül fobi ve YAB tanıları saptanmıştır. Bulgularımız, ülkemizde İOOB tanılı çocuk ve ergenlerde yapılandırılmış görüşme teknikleri kullanılarak SAB’nın %44.2 ve özgül fobinin %19.2 bulunduğu çalışmayla (13) benzerlik göstermektedir.

İnternet oyun oynama bozukluğu tanısına sahip 15-39 yaş arası 172 kişide (114 erkek, 58 kadın) sosyal fobi envanteri ile sosyal fobi eş hastalanımının değerlendirildiği bir çalışmada SAB %56.2 oranında bulunması, çalışmamızla uyumsuz görünmektedir (198). Bu farklılık, eş tanının ölçeklerle değerlendirilmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Bulgumuz, 8 çalışmanın yer aldığı 10-76 yaş grubundan oluşan internet bağımlılıklarının değerlendirildiği ve anksiyete bozuklukları prevalansı %23.3 bildiren meta-analiz çalışmasından farklılık göstermektedir (115). Bunun olası sebebi, çalışmalar arasında yüksek heterojinite olması, erişkin yaş grubunu da kapsamaması ve internet bağımlılığı olan hastaları değerlendirmesi olabilir.

İnternet oyun oynama bozukluğu tanılı 56 genç erişkinde YAB oranının %10.7 tespit edildiği çalışmayla, çalışmamızdaki basit danışmanlık grubundaki YAB oranı (%13.3) benzerlik göstermektedir (199). YAB tanılı erişkinlerde DSM-5 tanı kriterlerine göre İOOB'nin değerlendirildiği bir çalışmada, İOOB %87.5 oranında saptanmakla beraber, İOOB'ye YAB eşlik ettiğinde bağımlılığın olumsuz sonuçlarıyla başa çıkma yeteneğinin daha kötüleştiği, kaygı ve depresyon oranlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (65)

5.5.4. Karşıt Olma Karşı Gelme ve Davranım Bozukluğu

Çalışmamızda KOKGB, BDT grubunun %20'sinde, basit danışmanlık grubunun %13.3'ünde görülürken; DB ise sadece basit danışmanlık grubunun %20'sinde saptanmıştır. Ülkemizde 10-18 yaş internet bağımlılığı tanılı 60 ergende yapılandırılmış görüşme teknikleri ile eş tanılarının değerlendirildiği bir çalışmada KOKGB ve DB oranları sırasıyla % 23 ve % 15 bildirilmiştir (196). Yakın dönemde İOOB tanılı ergenlerde yapılan çalışmada KOKGB %22, DB %2 oranında saptanmıştır (16). Çalışmalardaki KOKGB oranları çalışmamızla benzerlik gösterirken, DB oranları çalışmamızdan daha düşük bulunmuştur. Bu durum aynı çalışmada DEHB oranının da çok fazla olmasından ve bu tanıların birlikteliğinden kaynaklanıyor olabilir.

İnternet oyun oynama bozukluğu olan 13-17 yaş arası 1928 ergende (%55.5 kadın) 2 yıl arayla komorbidite gözden geçirildiğinde, oyun bağımlılığı şiddetinin

depresyon, düşük akademik başarı ve davranış sorunları ile ilişkili olduğu bulunmuştur. 2 yıllık sürede ciddi davranış problemlerinde % 3.3'lük, agresif davranışlarda % 5,9' luk artış bildirilmiştir (200).

Yapılan çalışmalarda İOOB ve internet bağımlılığında KOKGB ve DB bildirimi sınırlıdır. Bunun sebebi bu tanılarının genellikle çocuk ve ergen yaş grubunda görülmesi, yapılan çalışmaların genellikle erişkinlerde yapılması ve yapılandırılmış görüşme yöntemlerinin kullanımının az olması olabilir.

5.5.5. Diğer Bozukluklar

Araştırmamızda OKB tanısı basit danışmanlık grubunda hiçbir katılımcıda saptanmazken, BDT grubunda %13.3 bildirilmiştir. Bu bulgu, İOOB tanılı ergenlerde OKB oranını % 6 ve %7.7 bulan çalışmalarla (13,16) benzerlik gösterirken, patolojik internet kullanımı olan ergenlerde OKB eş hastalanım oranını %25 bildiren çalışmayla (196) farklılık göstermektedir. Bu farklılığın sebebi çalışmanın internet bağımlıları üzerinde yapılmış olması olabilir. Problemlili oyun oynama davranışı olan 56 erişkinde eş hastalanım yapılandırılmış görüşme teknikleri ile değerlendirildiğinde İOOB'nin depresyon, anksiyete bozuklukları ve posttravmatik stres bozukluğu ile ilişkili olduğu saptanırken, katılımcıların %1.8'inde görülen OKB ile İOOB arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gösterilmiştir. Bu çalışmada internet bağımlılığı olanlarda OKB sıklığının İOOB'ye göre daha fazla olduğuna dikkat çekilmiş, bunun nedeninin de OKB'nin internette oyun oynama dışındaki diğer internet bağımlılığı türlerinde (sosyal medya gibi) daha fazla görülebileceğini söylenmiştir (199).

Çalışmamızda hem BDT, hem de basit danışmanlık grubunda TSSB tanısı saptanmamıştır. Bozkurt ve arkadaşlarının patolojik internet kullanımı olan çocuk ve ergenlerde TSSB sıklığını %3.3 bulduğu (196) ve yakın zamanda ülkemizde İOOB tanılı çocuk ergenlerde yapılan TSSB'nin %3.8 tespit edildiği çalışmayla (13) uyumsuz görünmektedir. Aynı zamanda, İOOB tanılı 56 yetişkinde TSSB oranını %7.1 bulan çalışmayla da (199) farklılık göstermektedir. Bu çalışmaların daha geniş örnekleme yapılmış olması ve sadece erkek ergenlerin değil, kız ergenlerin de dahil edilmesinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda tik bozukluğu BDT grubunda hiçbir katılımcıda görülmezken, kontrol grubunun %6.6'sında saptanmıştır. Bu bulgu, İOOB ile yapılan tik bozukluğunu %5.8 ve %10 bildirin çalışmalarla (13,16) benzerlik göstermektedir.

5.6. İNTERNET OYUN OYNAMA BOZUKLUĞU OLAN ERGENLERDE BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TEDAVİ'NİN İNTERNET KULLANIM SÜRESİNE VE ÖLÇEK PUANLARINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Mevcut araştırmalar, İOOB'de BDT'nin birinci basamak yaklaşım olabileceğini göstermektedir (201–203). BDT'nin farmakolojik tedavi de dahil olmak üzere diğer tedavilere göre avantajı, problem yaratan oyun oynama davranışlarının altında yatan uyumsuz bilişleri belirleme ve değiştirme yeteneğidir. BDT'nin diğer bir faydası da İOOB'ye eşlik eden komorbid psikiyatrik bozuklukların iyileştirilmesinde etkili olmasıdır (202,204). Aynı zamanda, BDT'nin anksiyete bozukluğu, depresyon ve OKB tedavisinde nüks önlemede etkili olduğu da çalışmalar da gösterilmiştir (205–208).

Araştırmamızda BDT'nin, ergen ve annelerinin bildirimlerine göre ergenlerin hafta içi ve hafta sonu internet kullanım sürelerini tekrarlayan ölçümlerde anlamlı düzeyde azalttığı bulunmuştur. BDT ile 4. ve 8. haftadaki ergen ve annelerinin bildirimlerine göre ergenlerin hafta içi ve hafta sonu internet kullanım süresi tedavi öncesi ölçüme göre anlamlı azalma gösterirken, 4. ve 8. haftalar arasında anlamlı azalma olmadığı tespit edilmiştir. Literatürde internet bağımlılığı veya İOOB'li ergenlerde BDT'nin internet kullanım süresini anlamlı azalttığını gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (132,134,136,137,202). Çalışmamız, bu çalışmalarla uyumlu görünmektedir.

Araştırmamızda BDT ile ergenlerin İBÖ puanlarında farklı zamanlarda elde edilen ölçümlerde anlamlı düzeyde azalma olduğu saptanmıştır. BDT ile 4. ve 8. haftadaki İBÖ puanları tedavi öncesi ölçüme göre; 8. haftadaki İBÖ puanları 4. haftaya göre anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır. Çalışmamız, problemlili çevrimiçi oyun oynama ve eşlik eden depresyonu olan ergenlerde 8 haftalık BDT sonrası İBÖ puanlarında anlamlı azalmanın gösterildiği çalışmayla (137) ve internet bağımlılığı ve anksiyete bozukluğu tanıli erişkinlerde 10 seanslık BDT uygulaması ile İBÖ puanlarında anlamlı azalmanın gösterildiği çalışmayla (209) uyumlu

görülmektedir. Ayrıca, çalışmamızla uyumlu olarak Young'ın internet bağımlılığı olan 128 erişkin üzerinde yaptığı 12 oturumluk BDT çalışmasında, tedavi yanıtı 10 maddelik internet bağımlılığı tanı anketi ile değerlendirildiğinde, olguların %95'inden fazlasının semptomlarında düzelme olduğu gösterilmiştir (23). Çalışmamızda bireysel BDT uygulanmış olsa da, literatürde grup BDT'nin de İOOB tanılı ergenlerde haftalık oyun oynama süresini ve İBÖ puanını anlamlı azalttığı da gösterilmiştir (135,136).

Araştırmamızda 8 haftalık BDT uygulanması sonrası EOBÖ puanında anlamlı düzeyde azalma olduğu bulunmuştur. BDT ile 4. ve 8. haftadaki EOBÖ puanları tedavi öncesi ölçüme göre anlamlı azalma gösterirken, EOBÖ puanlarında 4. ve 8. haftalar arasında anlamlı azalma olmadığı tespit edilmiştir. Literatürde İOOB hastalarında BDT'nin etkinliği değerlendirilirken EOBÖ kullanan çalışma bulunmamaktadır. İOOB tanılı 13-18 yaş arasında DEHB, depresyon, sosyal fobi gibi eş hastalanımın eşlik ettiği 4 ergende BDT etkinliğinin değerlendirildiği 22 seanstan oluşan bir çalışmada, tedavi sonrası internet oyun oynama bozukluğu ölçeği puanlarında anlamlı azalma, komorbid hastalıklarda düzelme, ergenlerin bildirimlerine göre internet oyunu oynama süresinde azalma, aile çatışması, okul ve sosyal problemlerde azalma bildirilmiştir (133). Bu çalışmada, internet oyunu oynama şiddetini değerlendiren ölçeğin çalışmamızda kullanılan ölçekten farklılık göstermesine rağmen, ölçek puanlarında BDT ile anlamlı azalma göstermesi açısından çalışmamızla uyumlu görünmektedir.

Bilişsel Davranışçı Tedavi ile ÇDÖ puanlarının ilk ölçümden itibaren azaldığı görülmekle beraber, bu azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ancak çalışmamızda BDT ile çocuk ve ergenler için sosyal fobi ölçeği puanında farklı ölçümlerde anlamlı azalma saptanmıştır. BDT ile 4. ve 8. haftadaki çocuk ve ergenler için sosyal fobi ölçeği puanlarının tedavi öncesi ölçüme göre anlamlı düzeyde azaldığı gösterilmiştir. İOOB tedavisinde BDT etkinliğini değerlendiren 580 katılımcıdan oluşan 12 çalışmayı (6'sı ergenlerde, 5'i yetişkinlerde, 1'i yaşlılarda) içeren bir meta-analiz çalışmasında 8 ile 12 seans arasında değişen BDT uygulamaları, depresyon ve İOOB belirtilerini azaltmada yüksek etkinlik, anksiyete belirtilerini azaltmada ılımlı etkinlik göstermiştir. Aynı zamanda bu çalışma,

BDT'nin yetişkin bireylerde ergenlere göre daha etkili olduğunu göstermiştir (204). Bu meta-analiz çalışması, BDT seans sayılarının değişken olması, bazı çalışmalardaki tedavinin grup BDT ile yapılması, BDT'nin internet kullanım süresine olan etkisinin belirsiz olması, BDT'nin depresyon düzeylerinin azaltılmasında anlamlı düşüş sağlaması, anksiyete düzeylerinin azaltılmasında ılımlı etkinlik göstermesi, depresyon ve anksiyete düzeylerini değerlendiren ölçeklerin farklı olması açısından çalışmamızdan farklılık göstermektedir. Bu meta-analiz çalışmasında yaş, cinsiyet gibi sosyodemografik özelliklerin, kullanılan ölçüm araçlarının heterojen olmasına dikkat edilmemesi ve farmakolojik ajanların hiç kullanılmaması çalışmamızdan farklı sonuçlar elde edilmesine neden olmuş olabilir. Winkler ve arkadaşlarının, İOOB ve internet bağımlılığı tedavisinde farmakoterapi (n:3) ve psikoterapi (n:13) etkinliğini karşılaştırdığı bir meta-analiz çalışmasında BDT, internet bağımlılığı ve İOOB tanılı bireylerde diğer tedavilerle karşılaştırıldığında depresyon şiddetini ve oyun oynama süresini anlamlı azaltırken, anksiyete şiddeti üzerine etkisi diğer tedavilerden farklı bulunmamıştır. BDT'nin anksiyeteyi azaltması erişkinlerde ergenlere göre daha etkili bulunmuştur. Bu durum, ergenlerin tedaviye girme konusundaki isteksizlikleri ve farklı bireysel faktörlerin olması ile açıklanmıştır. Ergenlerin terapiye girmek konusunda direnç göstermesinin, özellikle de bireyin bir problemi olmadığına veya yardımsız problemlerini çözebileceğine inanmasının tedavi etkinliğini düşürdüğü bildirilmiştir (202). Araştırmamızda BDT'nin depresyon ve anksiyete ölçek puanlarına olan etkisi ile bu çalışma farklılık göstermektedir. Bu durum, örneklem sayımızın az olması ve yaş aralığımızın sadece ergen yaş grubunu kapsamı nedeniyle farklılık göstermiş olabilir. İnternet bağımlılığı tedavisinde BDT etkinliğinin değerlendirildiği 13 çalışmayı içeren bir meta-analiz çalışmasında ise, hem bireysel, hem de grup BDT ile zaman yönetimi becerilerinin düzeldiği, internet bağımlılığı belirtilerinin ve SCL-90 ile depresyon, anksiyete, saldırganlık, somatizasyon, sosyal fobi, psikotizm puanlarının anlamlı azaldığı gösterilirken, internet bağımlılığı ölçek puanında anlamlı etki bulunmamıştır (210). Bu çalışma, internet bağımlılığı ile ilgili belirtilerin ve anksiyete puanlarının azalması açısından çalışmamızla uyumlu görünmektedir.

İnternet bağımlılığı tanılı 18-47 yaş arası 42 erkek hastaya uygulanan 15 grup BDT ve 8 bireysel BDT seansından oluşan internet ve bilgisayar oyun bağımlılığı için kısa süreli tedavi (STICA) programından sonra internet ve bilgisayar oyun bağımlılığı ölçek puanında, hafta sonu çevrimiçi harcanan sürede ve SCL-90 depresyon, sosyal anksiyete ve obsesif kompulsif puanlarında anlamlı azalma görülmüştür (131). BDT ile internette geçirilen sürenin, internet ve bilgisayar oyun bağımlılığı ölçek puanlarının ve anksiyete belirtilerinin azalma göstermesi araştırmamızla benzerlik gösterirken, çalışmamızın sadece bireysel BDT içermesi, ergen yaş grubunda yapılması, internet ve oyun bağımlılığı şiddetinin internet bağımlılığı ve ergenler için oyun bağımlılığı ölçeği ile takip edilmesi açısından farklılık göstermektedir.

İnternet bağımlılığı ve anksiyete bozukluğu (25 kişi panik bozukluk, 14 kişi YAB) eş tanılı 39 katılımcı da (18-65 yaş arası) haftada 1 kez olmak üzere 10 haftalık bireysel BDT ve farmakoterapi (antidepresan, antipsikotik, anksiyolitikler, psikostimülan) müdahalesi sonrası İBÖ puanlarında orta düzeyde anlamlı iyileşme bildirilmiştir (209). Bu çalışma, BDT ile birlikte farmakoterapinin kullanılması, tedavi sonrası İBÖ puanlarının ve anksiyete düzeylerinin anlamlı azalma göstermesi çalışmamıza benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda BDT ile annelerin çocuklarını değerlendirdiği Turgay ölçeği dikkat eksikliği ve KOKG alt ölçek puanlarında anlamlı azalma saptanırken, hiperaktivite ve DB alt ölçek puanlarında anlamlı azalma görülmemiştir. İOOB tanılı 12-18 yaş arası 31 ergen ve genç yetişkinde 6 ay süren 22 oturumluk BDT programı ile İOOB belirtilerinde, haftalık oyun süresinde, internet oyun bağımlılığı ölçek puanında, dikkat problemlerinde, saldırgan davranışlarda, anksiyete ve depresyon puanlarında anlamlı azalma bildirilmiştir. Aynı zamanda aile ilişkilerinde ve İOOB'nin sebep olduğu olumsuz sonuçlarda da düzelme bildirilmiştir (211). Bu çalışma, çalışmamızdan tedavi süresinin daha uzun olması, depresyon puanlarının anlamlı azalması ve genç yetişkinlerde yapılması bakımından farklılık gösterse de, BDT'nin haftalık oyun süresinde, internet oyun bağımlılığı ölçek puanında, dikkat problemlerinde ve anksiyete puanlarında azalma sağlaması açısından benzerlik göstermektedir.

Annelerin anksiyete ve depresyon düzeyini değerlendiren Beck anksiyete ve Beck depresyon ölçek puanlarının farklı zaman ölçümlerinde anlamlı farklılık görülmemiştir. Annelerin doldurduğu ve kendi tutumlarını değerlendirdikleri AHÇYTÖ aşırı koruyuculuk, demokratik ve eşitlik, ev kadınlığını reddetme, karı-koca geçimsizliği, otoriter tutum alt ölçek puanlarının farklı zaman ölçümlerinde anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürde İOOB'nin tedavisinde ebeveyn psikopatolojisinin tedaviye etkisini değerlendiren çalışma bulunmamaktadır. Aynı şekilde İOOB tedavisinde tedavi yanıtı değerlendirilirken Turgay ve AHÇYT ölçeği kullanan çalışma bulunmamaktadır. Bu alanda daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda BDT grubunda etkin doz ilaç kullanımı ve antidepresan kullanımı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bunun yanında BDT ile basit danışmanlık grubu antipsikotik, psikostimülan ve atomoksetin kullanımı bakımından karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır. İnternet bağımlılığı ile ilgili tedavilerin gözden geçirildiği bir çalışmada bireysel yaklaşım önerilmekle beraber en etkili tedavinin farmakoterapi ile psikoterapi kombinasyonu olduğu gösterilmiştir. İlaç tedavileri arasında antidepresanlar, antipsikotikler, opioid reseptör antagonistleri, glutamat reseptör antagonistleri, psikostimulanlar, antiepileptikler (özellikle valproat) önerilmiştir (19). Çalışmamızda BDT ile birlikte farmakoterapinin kullanılması ve BDT uygulamasının bireysel olması bu çalışmayla benzerdir.

BDT ile ilgili yapılan çalışma sonuçlarının birbirinden farklı olması, İOOB tedavisinde standart tedavi kılavuzlarının eksik olmasına ve tutarsızlığına, tedavi sonucunu ölçme araçlarının farklılık göstermesine ve tedavideki seans sayılarının değişken olmasına bağlı olabilir şeklinde yorumlanmıştır.

5.7. İNTERNET OYUN OYNAMA BOZUKLUĞU OLAN ERGENLERDE BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TEDAVİ VE BASİT DANIŞMANLIK UYGULAMASININ İNTERNET KULLANIM SÜRESİNE VE ÖLÇEK PUANLARINA ETKİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Bilişsel davranışçı tedavi, ÇDÖ ve Turgay ölçeği dikkat eksikliği alt ölçek puanını azaltmada basit danışmanlık uygulamasına göre daha etkili bulunmuştur.

BDT ve basit danışmanlık karşılaştırıldığında, ergen ve annelerine göre ergenlerin hafta içi ve hafta sonu internet kullanım süresi, İBÖ, EOBÖ, çocuk ve ergenlerde sosyal fobi ölçeği, Turgay ölçeği hiperaktivite, KOKG ve DB alt ölçek puanlarında anlamlı fark saptanmamıştır. BDT ve basit danışmanlık karşılaştırıldığında annenin kendini değerlendirdiği Beck depresyon ölçeği, Beck anksiyete ölçeği, AHÇYT ölçeği aşırı koruyuculuk, demokratik ve eşitlik, karı-koca geçimsizliği, ev kadınlığını reddetme, otoriter tutum alt ölçek puanlarında anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmada ilaç etkisi kontrol altına alındığında BDT, 8. haftadaki ergen ve annelerine göre ergenlerin hafta içi ve hafta sonu internet kullanım sürelerini, İBÖ, EOBÖ ve ÇDÖ puanlarını; 4. ve 8. haftadaki Turgay ölçeği dikkat eksikliği alt ölçek puanını, 4. haftadaki Turgay ölçeği hiperaktivite alt ölçek puanını azaltmada basit danışmanlıktan üstün bulunmuştur. İlaç etkisi kontrol altına alındığında da BDT ve basit danışmanlık uygulamalarının çocuk ve ergenlerin sosyal fobi ölçek puanları üzerine etkisinde anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürde İOOB tanılı, komorbid psikiyatrik hastalığı olmayan 12- 19 yaş arası 28 ergen grup BDT ve basit danışmanlık şeklinde iki gruba ayrılıp, iki gruba da 6 hafta 12 seanstan (haftada 45 dakikalık 2 seans) oluşan tedavi uygulanmıştır. Tedavi sonrası her iki grupta Young'ın internet bağımlılığı ölçek puanlarında azalma bildirilmekle beraber gruplar arası anlamlı farklılık saptanmamıştır. Kaygı, depresyon belirtilerinin ciddiyetine ilişkin ölçütler, başlangıçta ve 6 haftalık müdahaleden sonra değerlendirildiğinde, iki müdahale grubu arasındaki ön test – son test skorları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (135). Aynı çalışmada BDT ve basit danışmanlık müdahalesinin etkisi karşılaştırıldığında, iki grup arasında internet bağımlılığı ölçeği puanında ve anksiyete düzeylerinde anlamlı farklılığın olmadığına gösterilmesi çalışmamızla uyumlu bulunmuştur. Ancak çalışmamız müdahalenin bireysel BDT olması, depresyon ve sosyal fobi düzeyini değerlendiren ölçeklerin farklı olması ve BDT ile depresyon ölçek puanlarının anlamlı azalma göstermesi bakımından bu çalışmadan farklılık göstermektedir.

5.8. SINIRLILIKLAR

Araştırmamızda seçilen örneklem ve yöntemden kaynaklanan bazı kısıtlılıklar mevcuttur. Araştırmamıza yalnızca polikliniğimizde çalışan çocuk ve ergen psikiyatristlerinin yönlendirdiği hastalar alınabilmiş, yönlendirilmeyen ya da ergenin görüşme için ikna edilemediği kullanıcılar değerlendirilememiştir. Çalışmamızda cinsiyet açısından bir kısıtlama olmamasına rağmen problemli internet kullanımı şikayetleri ile başvuran kız cinsiyetin sınırlı sayıda olması sebebiyle katılımcıların tümü erkek ergenlerden oluşmaktaydı, bu nedenle kız İOOB tanılı ergenlerde BDT etkinliği değerlendirilememiş olması çalışmamızın kısıtlılıklarından biri olabilir. Ayrıca sınırlı sayıda örneklemimiz nedeniyle çalışmamız tüm topluma genellenemeyebilir.

Çalışmamızda tedavi süresinin 8 hafta ile sınırlandırılmış olması takiplerde hastaların tedavi yanıtının değerlendirilememesi sebebiyle çalışmamızın kısıtlılıklarından biri olmuştur.

Tedavi yanıtını değerlendirme de kullandığımız ölçeklerin sadece ergen ve anne ile yapılmış olması bu konuda babaların görüşleri açısından değerlendirme yapmamızı kısıtlamıştır.

Tedavi takibinde ergenlerin internet ve oyun oynama davranışını değerlendiren ölçeklerin sadece ergen bildirimlerine göre yapılmış olması ve bu konudaki ebeveyn görüşlerinin alınmamış olması tedavi etkinliğini değerlendirmede çalışmamızın kısıtlılıklarından biri olmuş olabilir.

İnternet oyun oynama bozukluğuna eşlik eden komorbiditelerin varlığı, ergenlerin BDT ve basit danışmanlık uygulamalarına verdiği yanıtları olumsuz yönde etkilemiş olabilir. Aynı zamanda, komorbitide sebebiyle ilaç kullanımının olması ergenlerin tedavi uyumunu etkilemiş olabileceğinden çalışmamızın kısıtlılıklarından biri olmuştur.

Çalışmamız bu alanda daha önce yapılan çok fazla çalışma olmaması açısından oldukça değerli olmakla birlikte küçük bir grupta yapılmış olması ve izlem süresinin nispeten kısa olması sebebi ile daha büyük gruplarla daha uzun süreli izlem çalışmalarının yapılmasının daha aydınlatıcı olabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Yaptığımız tez çalışmasının sonuçlarına baktığımızda;

1. Çalışmamızda anne bildirimlerine göre babanın sınır koyması ve ergen bildirimlerine göre baba ile aktivite yapma basit danışmanlık grubunda anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Babanın sınır koymasının ve ergenle iletişimin iyi olmasının İOOB riskini azalttığının gösterilmesinden dolayı İOOB olan ergenlerde tedavi sürecine babanın da dahil edilmesi tedavi yanıtını olumlu etkileyebilir.
2. Araştırmamızda İOOB tanılı BDT ve basit danışmanlık grubundaki katılımcıların psikiyatrik eş hastalanım oranları değerlendirildiğinde en sık DEHB, SAB ve MDB tanıları saptanmıştır. İOOB'ye eşlik eden psikiyatrik bozukluklar İOOB'ye neden olabileceği, seyrini değiştirebileceği ve tedavi yanıtını etkileyebileceği için İOOB'yi değerlendirirken eşlik eden başka bir bozukluk olup olmadığının ayrıntılı incelenmesi ve tedavi planının buna göre yapılması gerektirdiğini göstermektedir.
3. Çalışmamızda BDT grubunda etkin doz ilaç kullanımı ve etkin doz antidepresan ilaç kullanımı anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Ancak ilaç etkisi kontrol altına alındığında BDT, 8. haftadaki ergen ve annelerine göre ergenlerin hafta içi ve hafta sonu internet kullanım sürelerini, İBÖ, EOBÖ ve ÇDÖ puanlarını; 4. ve 8. haftadaki TURGAY ölçeği dikkat eksikliği alt ölçek puanını, 4. haftadaki Turgay ölçeği hiperaktivite alt ölçek puanını azaltmada basit danışmanlıktan üstün bulunmuştur. Bu sonuçlara göre İOOB tedavisinde birinci basamak olarak BDT'nin ön planda tutulması tedavi sonuçları açısından önemli rol oynayabilir.
4. Çalışmamızda BDT'nin ergen ve annelerine göre ergenlerin hafta içi ve hafta sonu internet kullanım sürelerini, İBÖ, EOBÖ, çocuklar için sosyal fobi ölçeği, Turgay ölçeği dikkat eksikliği ve KOKG alt ölçek puanlarını

tekrarlayan ölçümlerde anlamlı düzeyde azalttığı gösterilmiştir. Bu bulgular, BDT'nin İOOB olan ergenlerin tedavisinde etkili olduğunu göstermektedir.

5. Çalışmamızda BDT'nin, ÇDÖ ve Turgay ölçeği dikkat eksikliği alt ölçek puanını azaltmada basit danışmanlık uygulamasına göre daha etkili bulunmuştur. BDT ve basit danışmanlık uygulamalarının ergen ve annelerine göre ergenlerin hafta içi ve hafta sonu internet kullanım süresine, İBÖ, EOBÖ, çocuk ve ergenlerde sosyal fobi ölçeği, Turgay ölçeği hiperaktivite, KOKG, DB alt ölçek puanlarına etkisinde anlamlı fark saptanmamıştır. BDT ve basit danışmanlık arasında Beck depresyon ölçeği, Beck anksiyete ölçeği, AHÇYT ölçeği aşırı koruyuculuk, demokratik ve eşitlik, karı-koca geçimsizliği, ev kadınlığını reddetme, otoriter tutum alt ölçek puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır. Tüm bilgiler ışığında, İOOB'nin tedavisinde BDT çok önemli bir yer kaplamakla birlikte, BDT uygulanmadığı durumlarda basit danışmanlık müdahalesinin de tedavi sürecindeki önemi yadsınamaz.

Bu alanda, ergen yaş grubunda, her iki cinsiyeti de içeren daha geniş örnekleme yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Literatürde BDT ile ilgili yapılan çalışmalarda daha tutarlı sonuçlar elde edebilmek için İOOB tedavisinde standart tedavi kılavuzlarının oluşturulması, tedavi sonucunu ölçme araçlarının benzer olması ve tedavideki seans sayılarındaki değişkenliğin en aza indirgenmesi sağlanabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Anderson EL, Steen E, Stavropoulos V. Internet use and Problematic Internet Use: a systematic review of longitudinal research trends in adolescence and emergent adulthood. *Int J Adolesc Youth Routledge*, 2017; 22:430–54.
2. Block JJ. Issues for DSM-V: internet addiction. *Am J Psychiatry* 2008; 165:306–7.
3. Young KS. Internet addiction: A new clinical phenomenon and its consequences. *Am Behav Sci* 2004; 48:402–15.
4. American Psychiatric Association (APA). American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5), Washington, 2013.
5. World Health Organization. Gaming Disorder. Retrieved from. 2018; Available from: <http://www.who.int/features/qa/gaming-disorder/en/>.
6. Petry NM, Rehbein F, Gentile DA, Lemmens JS, Rumpf HJ, Möble T, Bischof G, Tao R, Fung DSS, Borges G, Auriacombe M, González Ibáñez A, Tam P, O'Brien CP. An international consensus for assessing internet gaming disorder using the new DSM-5 approach. *Addiction* 2014; 109:1399–406.
7. Arıca OT, Yay, Dinç M, Griffiths MD. İnternet Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği Kısa Formu'nun (İOOBÖ9-KF) Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *The Turkish Journal on Addictions*. 2018;6:1-22.
8. Kuss DJ. Internet gaming addiction : current perspectives Introduction : the mass appeal of Internet gaming. 2013; 14:125–37.
9. Saunders JB, Hao W, Long J, King DL, Mann K, Fauth-Bühler M, Rumpf H-J, Bowden-Jones H, Rahimi-Movaghar A, Chung T, Chan E, Bahar N, Achab S, Lee HK, Potenza M, Petry N, Spritzer D, Ambekar A, Derevensky J, et al. Gaming disorder: Its delineation as an important condition for diagnosis, management, and prevention. *J Behav Addict* 2017; 6:271–9.
10. Irmak A, Erdoğan S. Ergen ve Genç Erişkinlerde Dijital Oyun Bağımlılığı: Güncel Bir Bakış, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2016; 128-37.
11. Hawi NS, Samaha M, Griffiths MD. Internet gaming disorder in Lebanon: Relationships with age, sleep habits, and academic achievement. *J Behav Addict* 2018; 7:70–8.
12. Demirel M, Yörük M, Özkan O. Çocuklar İçin Güvenli İnternet: Güvenli İnternet Hizmeti ve Ebeveyn Görüşleri Üzerine Bir Araştırma. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg* 2012; 4:1309–1387.
13. Karaçetin G, Topal M. İnternet oyun oynama bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde psikiyatrik eş hastalanım ve dürtüselliğin incelenmesi, uzmanlık tezi. 2017.
14. Bonnaire C, Phan O. Relationships between parental attitudes, family functioning and Internet gaming disorder in adolescents attending school. *Psychiatry Res* 2017; 255:104–10.
15. Rho M, Lee H, Lee T-H, Cho H, Jung D, Kim D-J, Choi I. Risk Factors for Internet Gaming Disorder: Psychological Factors and Internet Gaming Characteristics. *Int J Environ Res Public Health* 2017; 15:40.
16. Koç EB, Karaçetin G. İnternet Oyun Oynama Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Ebeveyn Tutumunun İncelenmesi, uzmanlık tezi. 2017.
17. Lee S-Y, Lee HK, Choo H. Typology of Internet gaming disorder and its clinical implications. *Psychiatry Clin Neurosci* 2017; 71:479–91.
18. Nazlıgül MD, Akyüz Z, Baş S. Yorulmaz O. İnternette Oyun Oynama Bozukluğu ve Tedavi Yaklaşımları : Sistematik Bir Gözden Geçirme. 2018; 5:13–35.

19. Przepiorka AM, Blachnio A, Miziak B, Czuczwar SJ. Clinical approaches to treatment of Internet addiction. *Pharmacol Rep* 2014; 66:187–91.
20. Arısoy Ö. İnternet Bağımlılığı ve Tedavisi. *Psikiyatr güncel yaklaşımlar* 2009; 1:55–67.
21. King DL, Delfabbro PH, Griffiths MD. Cognitive behavioral therapy for problematic video game players: Conceptual considerations and practice issues. *J Cyber Ther Rehabil* 2010; 3:261–73.
22. Kaptis D, King DL, Delfabbro PH, Gradisar M. Withdrawal symptoms in internet gaming disorder: A systematic review. *Clin Psychol Rev Elsevier B.V.*, 2016; 43:58–66.
23. Young KS. Treatment outcomes using CBT-IA with Internet-addicted patients. *J Behav Addict* 2013; 2:209–15.
24. Şendağ S, Odabaşı F. İnternet Bağımlılığı: Çocukların Psikososyal Gelişimi Üzerine Etkileri, 2007.
25. Orta Doğu Teknik Üniversitesi Daire Başkanlığı. Türkiye’de İnternet.
26. Bölükbaş, K. İnternet kafeler ve internet bağımlılığı üzerine sosyolojik bir araştırma: Diyarbakır örneği, Yüksek Lisans Tezi, Dicle Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı. 2013.
27. Internet Live Stats. Internet users, 2018.
28. We are social internet sitesi, İnternet ve sosyal medya kullanıcı istatistikleri, 2018 Ocak.
29. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2017.
30. Yıldız A. İnternet Bağımlılığı İçin Kolaylaştırıcı Bir Faktör Olarak Sanal Dünyada Etik Duyarlılık Azalması. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar - Curr Approaches Psychiatry* 2017; 9:398–398.
31. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Sadock’s Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 11th ed. Philadelphia, Wolters Kluwer, 2015.
32. Griffiths, MD. Internet addiction: An issue for psychopathology? *Clinical Psychology Forum*. 1996; 97: 32–36.
33. Young KS. Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder. *CyberPsychology Behav* 1998; 1:237–44.
34. Yalçın Ö, Karaçetin G. İnternet bağımlılığı ve diğer teknolojik bağımlılıklar. Akay A, Ercan E, editors. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı*, Ankara; 2016; 528–44.
35. Goldberg, I. Internet Addiction Support Group. John Suler’s Psychol Cybersp. 1996.
36. Black DW, Belsare G, Schlosser S. Clinical features, psychiatric comorbidity, and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behavior. *J Clin Psychiatry* 1999; 60:839–44.
37. teWildt, BT. Internet dependency: Symptoms, diagnosis and therapy. In: Cornelius K, Hermann D, editors. *Virtual worlds and criminality*. Berlin: Springer; 2011; 61–78.
38. Morahan-Martin J, Schumacher P. Incidence and correlates of pathological internet use among college students. *Comput Human Behav* 2000; 16:13–29.
39. Davis RA, Flett GL, Besser A. Validation of a New Scale for Measuring Problematic Internet Use: Implications for Pre-employment Screening. *CyberPsychology Behav* 2002; 5:331–45.
40. Seafy JR. A review of : “ Virtual Addiction : Help for Netheads , Cyber Freaks , and Those Who Love Them .” *Sex Addict Compulsivity* 2000; 7:145–6.
41. Ko CH, Yen JY, Chen CC, Chen SH, Yen CF. Proposed diagnostic criteria of internet addiction for adolescents. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193:728–33.
42. Griffiths, M. Internet addiction. *The Psychologist* 1999; 12:246–251.

43. Tao R, Huang X, Wang J, Zhang H, Zhang Y, Li M. Proposed Diagnostic criteria for Internet addiction. *Addiction*. 2010;105: 556-64.
44. Wu AMS, Chen JH, Tong K-K, Yu S, Lau JTF. Prevalence and associated factors of Internet gaming disorder among community dwelling adults in Macao, China. *J Behav Addict* 2018; 7:1-8.
45. Czincz J, Hechanova R. Internet addiction: Debating the diagnosis. *J Technol Hum Serv* 2009; 27:257-72.
46. Charlton JP, Danforth IDW. Distinguishing addiction and high engagement in the context of online game playing. *Comput Human Behav* 2007; 23:1531-48.
47. Grüsser SM, Thalemann R, Griffiths MD. Excessive Computer Game Playing: Evidence for Addiction and Aggression? *CyberPsychology Behav* 2007; 10:290-2.
48. Griffiths MD, Hunt N. Dependence on Computer Games by Adolescents. *Psychol Rep* 1998; 82:475-80.
49. Seay AF, Kraut RE. Project massive: Self-regulation and problematic use of online gaming. *Proceedings of the ACM conference on human factors in computing systems*. New York: ACM Press. 2007; 829-38.
50. Johansson A, Götestam KG. Problems with Computer Games without Monetary Reward: Similarity to Pathological Gambling. *Psychol Rep* 2004; 95:641-50.
51. Griffiths M. A "components" model of addiction within a biopsychosocial framework. *J Subst Use* 2005; 10:191-7.
52. Frances AJ, Widiger T. Psychiatric Diagnosis: Lessons from the Dsm-Iv Past and Cautions for the Dsm-5 Future. *Annu Rev Clin Psychol* 2012; 8:109-30.
53. Yılmaz E, Çağıltay K. Elektronik Oyunlar ve Türkiye. 21.Ulusal Bilişim Kurultayı. 2004.
54. Fox D, Verhovsek R. Micro Java Game Development. 2002;1-2.
55. Ayres J. Delphi Graphics and Game Development with DirectX. Wordware Publishing Inc. 2000;13.
56. Allience PCG. PC Gaming Alliance Releases Two Member-Exclusive Reports Covering All Aspects of the Still-Dominant PC Gaming Industry. 2013.
57. Adams E, Rollings A. Fundamentals of Game Design. 3. Baskı, Prentice Hall. 2014;67-81.
58. Kuss DJ, Griffiths MD. Internet Gaming Addiction : A Systematic Review of Empirical Research. *Int J Ment Heal Addict* 2011; 10:278-96.
59. Taylan HH, Kara HZ, Durgun A. Ortaokul ve Lise Öğrencilerinin Bilgisayar Oyunu Oynama Alışkanlıkları ve Oyun Tercihleri Üzerine Bir Araştırma. *Pesa Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2010; 2:78-86.
60. Özhan S. Dijital Oyunlarda Değerlendirme ve Sınıflandırma Sistemleri ve Türkiye Açısından Öneriler. *Aile ve Toplum Kültür Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2011;12:21-33.
61. Dijital Oyunlar için Çocuk ve Aile Rehberliği Çalıştay Sonuç Raporu. T.C Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Ankara. 2017.
62. Mak K-K, Lai C-M, Watanabe H, Kim D-I, Bahar N, Ramos M, Young KS, Ho RCM, Aum N-R, Cheng C. Epidemiology of Internet Behaviors and Addiction Among Adolescents in Six Asian Countries. *Cyberpsychology, Behav Soc Netw* 2014; 17:720-8.
63. Van Rooij AJ, Schoenmakers TM, Vermulst AA, Van Den Eijnden RJJM, Van De Mheen D. Online video game addiction: Identification of addicted adolescent gamers. *Addiction* 2011; 106:205-12.

64. Müller KW, Janikian M, Dreier M, Wölfling K, Beutel ME, Tzavara C, Richardson C, Tsitsika A. Regular gaming behavior and internet gaming disorder in European adolescents: results from a cross-national representative survey of prevalence, predictors, and psychopathological correlates. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015; 24:565–74.
65. Wang C-W, Chan CLW, Mak K-K, Ho S-Y, Wong PWC, Ho RTH. Prevalence and correlates of video and internet gaming addiction among Hong Kong adolescents: a pilot study. *ScientificWorld Journal* 2014; 6:1–16.
66. Fam JY. Prevalence of internet gaming disorder in adolescents: A meta-analysis across three decades. *Scand J Psychol* 2018; 59:524–31.
67. Dreier M, Wölfling K, Duven E, Giralt S, Beutel ME, Müller KW. Free-to-play: About addicted Whales, at risk Dolphins and healthy Minnows. Monetization design and Internet Gaming Disorder. *Addict Behav* 2017; 64:328–33.
68. Festl R, Scharkow M, Quandt T. Problematic computer game use among adolescents, younger and older adults. *Addiction* 2013; 108:592–9.
69. Bozkurt H, Şahin S, Zoroğlu S, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi T, ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ÇA, Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İ, ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları İstanbul ÇA, Bağımlılığı İ, Bir Gözden Geçirme G. Internet Addiction: A Current Review. *J Contemp Med* 2016; 6
70. Zhu Y, Zhang H, Tian M. Molecular and Functional Imaging of Internet Addiction. *Biomed Res Int* 2015; 2015:1–9.
71. Farb NAS, Anderson AK, Segal Z V. The Mindful Brain and Emotion Regulation in Mood Disorders. *Can J Psychiatry* 2012; 57:70–7.
72. Ko C-H, Liu G-C, Hsiao S, Yen J-Y, Yang M-J, Lin W-C, Yen C-F, Chen C-S. Brain activities associated with gaming urge of online gaming addiction. *J Psychiatr Res* 2009; 43:739–47.
73. Han DH, Bolo N, Daniels MA, Arenella L, Lyoo IK, Renshaw PF. Brain activity and desire for Internet video game play. *Compr Psychiatry* 2011; 52:88–95.
74. Hong S-B, Harrison BJ, Dandash O, Choi E-J, Kim S-C, Kim H-H, Shim D-H, Kim C-D, Kim J-W, Yi S-H. A selective involvement of putamen functional connectivity in youth with internet gaming disorder. *Brain Res* 2015; 1602:85–95.
75. Wee C-Y, Zhao Z, Yap P-T, Wu G, Shi F, Price T, Du Y, Xu J, Zhou Y, Shen D. Disrupted Brain Functional Network in Internet Addiction Disorder: A Resting-State Functional Magnetic Resonance Imaging Study. Hayasaka S, editor. *PLoS One* 2014; 9
76. Ding W, Sun J, Sun Y, Zhou Y, Li L, Xu J, Du Y. Altered Default Network Resting-State Functional Connectivity in Adolescents with Internet Gaming Addiction. Hampson M, editor. *PLoS One* 2013; 8
77. Zhang J-T, Yao Y-W, Li C-SR, Zang Y-F, Shen Z-J, Liu L, Wang L-J, Liu B, Fang X-Y. Altered resting-state functional connectivity of the insula in young adults with Internet gaming disorder. *Addict Biol* 2016; 21:743–51.
78. Weinstein A, Livny A, Weizman A. New developments in brain research of internet and gaming disorder. *Neurosci Biobehav Rev* 2017; 75:314–30.
79. Lin X, Dong G, Wang Q, Du X. Abnormal gray matter and white matter volume in ‘Internet gaming addicts.’ *Addict Behav* 2015; 40:137–43.
80. Han DH, Lyoo IK, Renshaw PF. Differential regional gray matter volumes in patients with on-line game addiction and professional gamers. *J Psychiatr Res* 2012; 46:507–15.
81. Weng C-B, Qian R-B, Fu X-M, Lin B, Han X-P, Niu C-S, Wang Y-H. Gray matter and white matter abnormalities in online game addiction. *Eur J Radiol* 2013; 82:1308–12.

82. Dong G, Potenza MN. Risk-taking and risky decision-making in Internet gaming disorder: Implications regarding online gaming in the setting of negative consequences. *J Psychiatr Res* 2016; 73:1–8.
83. Lee D, Lee J, Yoon KJ, Kee N, Jung Y-C. Impaired anterior insular activation during risky decision making in young adults with internet gaming disorder. *Neuroreport* 2016; 27:605–9.
84. Qi X, Du X, Yang Y, Du G, Gao P, Zhang Y, Qin W, Li X, Zhang Q. Decreased modulation by the risk level on the brain activation during decision making in adolescents with internet gaming disorder. *Front Behav Neurosci* 2015; 9
85. Ko C-H, Hsieh T-J, Wang P-W, Lin W-C, Yen C-F, Chen C-S, Yen J-Y. Altered gray matter density and disrupted functional connectivity of the amygdala in adults with Internet gaming disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2015; 57:185–92.
86. Han DH, Lee YS, Yang KC, Kim EY, Lyoo IK, Renshaw PF. Dopamine Genes and Reward Dependence in Adolescents with Excessive Internet Video Game Play. *J Addict Med* 2007; 1:133–8.
87. Lee YS, Han DH, Yang KC, Daniels MA, Na C, Kee BS, Renshaw PF. Depression like characteristics of 5HTTLPR polymorphism and temperament in excessive internet users. *J Affect Disord* 2008; 109:165–9.
88. Montag C, Kirsch P, Sauer C, Markett S, Reuter M. The Role of the CHRNA4 Gene in Internet Addiction. *J Addict Med* 2012; 6:191–5.
89. Öztürk Ö, Odabaşıoğlu G, Eraslan D, Genç Y, Kalyoncu ÖA. İnternet bağımlılığı: Kliniği ve tedavisi, *Bağımlılık Dergisi*. 2007; 8:36–41.
90. Blum K, Braverman ER, Holder JM, Lubar JF, Monastra VJ, Miller D, Lubar JO, Chen TJH, Comings DE. The Reward Deficiency Syndrome: A Biogenetic Model for the Diagnosis and Treatment of Impulsive, Addictive and Compulsive Behaviors. *J Psychoactive Drugs* 2000; 32:1–112.
91. Tian M, Chen Q, Zhang Y, Du F, Hou H, Chao F, Zhang H. PET imaging reveals brain functional changes in internet gaming disorder. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 2014; 41:1388–97.
92. Hou H, Jia S, Hu S, Fan R, Sun W, Sun T, Zhang H. Reduced Striatal Dopamine Transporters in People with Internet Addiction Disorder. *J Biomed Biotechnol* 2012; 2012:1–5.
93. Koeppe MJ, Gunn RN, Lawrence AD, Cunningham VJ, Dagher A, Jones T, Brooks DJ, Bench CJ, Grasby PM. Evidence for striatal dopamine release during a video game. *Nature* 1998; 393:266–8.
94. Paik S-H, Choi MR, Kwak SM, Bang SH, Kim D-J. Decreased Serum Glutamate Levels in Male Adults with Internet Gaming Disorder: A Pilot Study. *Clin Psychopharmacol Neurosci Korean College of Neuropsychopharmacology*, 2018; 16:276–81.
95. Kim J-Y, Jeong J-E, Rhee J-K, Cho H, Chun J-W, Kim T-M, Choi S-W, Choi J-S, Kim D-J. Targeted exome sequencing for the identification of a protective variant against Internet gaming disorder at rs2229910 of neurotrophic tyrosine kinase receptor, type 3 (NTRK3): A pilot study. *J Behav Addict* 2016; 5:631–8.
96. Young KS. Internet Addiction: Symptoms, Evaluation, And Treatment. 1999
97. Davis SF, Smith B, Rodrigue K, Pulvers K. An examination of Internet usage in two college campuses. *College Student Journal*. 1999; 33:257–60.
98. Davis RA. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Comput Human Behav Pergamon*, 2001; 17:187–95.
99. Şenormancı Ö, Konkan R, Sungur MZ. İnternet Bağımlılığı ve Bilişsel Davranışçı Terapisi. *Anadolu Psikiyatr Dergisi* 2010; 11:261–8.
100. Caplan SE. Preference for Online Social Interaction. *Communic Res* 2003; 30:625–48.

101. Douglas AC, Mills JE, Niang M, Stepchenkova S, Byun S, Ruffini C, Lee SK, Loutfi J, Lee J-K, Atallah M, Blanton M. Internet addiction: Meta-synthesis of qualitative research for the decade 1996–2006. *Comput Human Behav* 2008; 24:3027–44.
102. Paulus FW, Ohmann S, von Gontard A, Popow C. Internet gaming disorder in children and adolescents: a systematic review. *Dev Med Child Neurol* 2018; 60:645–59.
103. Xu J, Shen L, Yan C, Hu H, Yang F, Wang L, Kotha SR, Zhang L, Liao X, Zhang J, Ouyang F, Zhang J, Shen X. Personal characteristics related to the risk of adolescent internet addiction: a survey in Shanghai, China. *BMC Public Health* 2012; 12:1106.
104. Kaess M, Durkee T, Brunner R, Carli V, Parzer P, Wasserman C, Sarchiapone M, Hoven C, Apter A, Balazs J, Balint M, Bobes J, Cohen R, Cosman D, Cotter P, Fischer G, Floderus B, Iosue M, Haring C, et al. Pathological Internet use among European adolescents: psychopathology and self-destructive behaviours. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014; 23:1093–102.
105. Wartberg L, Kriston L, Kramer M, Schwedler A, Lincoln TM, Kammerl R. Internet gaming disorder in early adolescence: Associations with parental and adolescent mental health. *Eur Psychiatry* 2017; 43:14–8.
106. Lam LT. Parental mental health and Internet Addiction in adolescents. *Addict Behav* 2015; 42:20–3.
107. Kuss DJ, Griffiths MD, Karila L, Billieux J. Send Orders for Reprints to reprints@benthamscience.net Internet Addiction: A Systematic Review of Epidemiological Research for the Last Decade. 2014
108. Wichstrøm L, Stenseng F, Belsky J, von Soest T, Hygen BW. Symptoms of Internet Gaming Disorder in Youth: Predictors and Comorbidity. *J Abnorm Child Psychol* 2018; 1–13.
109. Kim NR, Hwang SS-H, Choi J-S, Kim D-J, Demetrovics Z, Király O, Nagygyörgy K, Griffiths MD, Hyun SY, Youn HC, Choi S-W. Characteristics and Psychiatric Symptoms of Internet Gaming Disorder among Adults Using Self-Reported DSM-5 Criteria. *Psychiatry Investig* 2016; 13:58–66.
110. Ha JH, Yoo HJ, Cho IH, Chin B, Shin D, Kim JH. Psychiatric comorbidity assessed in Korean children and adolescents who screen positive for Internet addiction. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:821–6.
111. Park S, Jeon HJ, Bae JN, Seong SJ, Hong JP. Prevalence and Psychiatric Comorbidities of Internet Addiction in a Nationwide Sample of Korean Adults. *Psychiatry Investig* 2017; 14:879–82.
112. Shapira NA, Goldsmith TD, Keck PE, Khosla UM, McElroy SL. Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *J Affect Disord Elsevier*, 2000; 57:267–72.
113. Bernardi S, Pallanti S. Internet addiction: a descriptive clinical study focusing on comorbidities and dissociative symptoms. *Compr Psychiatry* 2009; 50:510–6.
114. Yen J-Y, Ko C-H, Yen C-F, Wu H-Y, Yang M-J. The Comorbid Psychiatric Symptoms of Internet Addiction: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD), Depression, Social Phobia, and Hostility. *J Adolesc Heal* 2007; 41:93–8.
115. Ho RC, Zhang MW, Tsang TY, Toh AH, Pan F, Lu Y, Cheng C, Yip PS, Lam LT, Lai C-M, Watanabe H, Mak K-K. The association between internet addiction and psychiatric comorbidity: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2014; 14:183.
116. Carli V, Durkee T, Wasserman D, Hadlaczky G, Despalins R, Kramarz E, Wasserman C, Sarchiapone M, Hoven CW, Brunner R, Kaess M. The Association between Pathological Internet Use and Comorbid Psychopathology: A Systematic Review. *Psychopathology* 2013; 46:1–13.
117. Wei H-T, Chen M-H, Huang P-C, Bai Y-M. The association between online gaming, social phobia, and depression: an internet survey. *BMC Psychiatry BioMed Central*, 2012; 12:92.

118. Starcevic V, Berle D, Porter G, Fenech P. Problem Video Game Use and Dimensions of Psychopathology. *Int J Ment Health Addict* 2011; 9:248–56.
119. Tahiroğlu AY Çelik CG. Psikiyatrik Bozukluğu olan ve olmayan Ergenlerde Problemlili İnternet Kullanımı. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2010; 47:241–6.
120. Han DH, Lee YS, Na C, Ahn JY, Chung US, Daniels MA, Haws CA, Renshaw PF. The effect of methylphenidate on Internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Compr Psychiatry* W.B. Saunders, 2009; 50:251–6.
121. Park JH, Lee YS, Sohn JH, Han DH. Effectiveness of atomoxetine and methylphenidate for problematic online gaming in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2016; 31:427–32.
122. Han DH, Hwang JW, Renshaw PF. Bupropion sustained release treatment decreases craving for video games and cue-induced brain activity in patients with internet video game addiction. *Psychol Pop Media Cult* 2011; 1:108–17.
123. Han DH, Renshaw PF. Bupropion in the treatment of problematic online game play in patients with major depressive disorder. *J Psychopharmacol* 2012; 26:689–96.
124. Song J, Park JH, Han DH, Roh S, Son JH, Choi TY, Lee H, Kim TH, Lee YS. Comparative study of the effects of bupropion and escitalopram on Internet gaming disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2016; 70:527–35.
125. Nam B, Bae S, Kim SM, Hong JS, Han DH. Comparing the Effects of Bupropion and Escitalopram on Excessive Internet Game Play in Patients with Major Depressive Disorder. *Clin Psychopharmacol Neurosci Korean College of Neuropsychopharmacology*, 2017; 15:361–8.
126. Dell’Osso B, Hadley S, Allen A, Baker B, Chaplin WF, Hollander E. *The Journal of clinical psychiatry. The Journal of Clinical Psychiatry*. [Physicians Postgraduate Press], 2008, 452-456 p.
127. Hatun O. The Use of Cognitive-Behavioral Therapy in Coping with Internet Addiction: A Case Study. 2015; 2:53–83.
128. Young KS. Cognitive Behavior Therapy with Internet Addicts: Treatment Outcomes and Implications. *CyberPsychology Behav* Mary Ann Liebert, Inc. 2 Madison Avenue Larchmont, NY 10538 USA, 2007; 10:671–9.
129. Du Y-S, Jiang W, Vance A, Psychiatrist A. Longer term effect of randomized, controlled group cognitive behavioural therapy for Internet addiction in adolescent students in Shanghai. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2010
130. Lindenberg K, Halasy K, Schoenmaekers S. A randomized efficacy trial of a cognitive-behavioral group intervention to prevent Internet Use Disorder onset in adolescents: The PROTECT study protocol. *Contemp Clin Trials Commun* 2017; 6:64–71.
131. Wölfling K, Beutel ME, Dreier M, Müller KW. Treatment Outcomes in Patients with Internet Addiction: A Clinical Pilot Study on the Effects of a Cognitive-Behavioral Therapy Program. *Biomed Res Int* 2014; 2014:1–8.
132. Beranuy M, Carbonell X, Griffiths MD. A Qualitative Analysis of Online Gaming Addicts in Treatment. *Int J Ment Health Addict* 2013; 11:149–61.
133. Torres-Rodríguez A, Griffiths MD, Carbonell X, Farriols-Hernando N, Torres-Jimenez E. Internet Gaming Disorder Treatment: A Case Study Evaluation of Four Different Types of Adolescent Problematic Gamers. *Int J Ment Health Addict* 2017;
134. Torres-Rodríguez A, Griffiths MD, Carbonell X. The Treatment of Internet Gaming Disorder: a Brief Overview of the PIPATIC Program. *Int J Ment Health Addict* 2018; 16:1000–15.
135. Huanhuan L, Su W. The role of cognitive distortion in online game addiction among Chinese adolescents. *Child Youth Serv Rev* 2013; 35:1468–75.

136. Han X, Wang Y, Jiang W, Bao X, Sun Y, Ding W, Cao M, Wu X, Du Y, Zhou Y. Resting-State Activity of Prefrontal-Striatal Circuits in Internet Gaming Disorder: Changes With Cognitive Behavior Therapy and Predictors of Treatment Response. *Front Psychiatry* 2018; 9
137. Kim SM, Han DH, Lee YS, Renshaw PF. Combined cognitive behavioral therapy and bupropion for the treatment of problematic on-line game play in adolescents with major depressive disorder. *Comput Human Behav Pergamon*, 2012; 28:1954–9.
138. González-Bueso V, Santamaría JJ, Fernández D, Merino L, Montero E, Jiménez-Murcia S, del Pino-Gutiérrez A, Ribas J. Internet Gaming Disorder in Adolescents: Personality, Psychopathology and Evaluation of a Psychological Intervention Combined With Parent Psychoeducation. *Front Psychol* 2018; 9
139. Saatçioğlu H. İnternet Bağımlılığı Tanısı Alan Ergenlerin Sosyal Bilişsel Becerilerinin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi. 2016.
140. Han DH, Kim SM, Lee YS, Renshaw PF. The effect of family therapy on the changes in the severity of on-line game play and brain activity in adolescents with on-line game addiction. *Psychiatry Res Neuroimaging* 2012; 202:126–31.
141. Liu Q-X, Fang X-Y, Yan N, Zhou Z-K, Yuan X-J, Lan J, Liu C-Y. Multi-family group therapy for adolescent Internet addiction: Exploring the underlying mechanisms. *Addict Behav* 2015; 42:1–8.
142. Shek D, Tang V. Evaluation of an Internet addiction treatment program for Chinese adolescents in Hong Kong Service Leadership View project Global Youth Leadership View project. 2009
143. Zhong X, Zu S, Sha S, Tao R, Zhao C, Yang F, Li M, Sha P. The Effect of a Family-based Intervention Model On Internet-addicted Chinese Adolescents. *Soc Behav Personal an Int J* 2011; 39:1021–34.
144. Park SY, Kim SM, Roh S, Soh M-A, Lee SH, Kim H, Lee YS, Han DH. The effects of a virtual reality treatment program for online gaming addiction. *Comput Methods Programs Biomed* 2016; 129:99–108.
145. Pallesen S, Lorvik IM, Bu EH, Molde H. An Exploratory Study Investigating the Effects of a Treatment Manual for Video Game Addiction. *Psychol Rep* 2015; 117:490–5.
146. Sakuma H, Mihara S, Nakayama H, Miura K, Kitayuguchi T, Maezono M, Hashimoto T, Higuchi S. Treatment with the Self-Discovery Camp (SDiC) improves Internet gaming disorder. *Addict Behav Pergamon*, 2017; 64:357–62.
147. Kim PW, Kim SY, Shim M, Im C-H, Shon Y-M. The influence of an educational course on language expression and treatment of gaming addiction for massive multiplayer online role-playing game (MMORPG) players. *Comput Educ* 2013; 63:208–17.
148. King DL, Kaptis D, Delfabbro PH, Gradisar M. Effectiveness of Brief Abstinence for Modifying Problematic Internet Gaming Cognitions and Behaviors. *J Clin Psychol* 2017; 73:1573–85.
149. Li W, Garland EL, Howard MO. Therapeutic mechanisms of Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement for internet gaming disorder: Reducing craving and addictive behavior by targeting cognitive processes. *J Addict Dis Taylor & Francis*, 2018;1–9.
150. Zhu T, Li H, Jin R, Zheng Z, Luo Y, Ye H, Zhu H. Effects of electroacupuncture combined psycho-intervention on cognitive function and event-related potentials P300 and mismatch negativity in patients with internet addiction. *Chin J Integr Med* 2012; 18:146–51.
151. Su W, Fang X, Miller JK, Wang Y. Internet-Based Intervention for the Treatment of Online Addiction for College Students in China: A Pilot Study of the Healthy Online Self-Helping Center. *Cyberpsychology, Behav Soc Netw* 2011; 14:497–503.
152. Martín-Fernández M, Lluís Matalí J, García-Sánchez S, Pardo M, Lleras M, Castellano-Tejedor C. Adolescents with Internet Gaming Disorder (IGD): profiles and treatment response. *Resumen ADICCIONES*. 2017

- 153.Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and Validity Data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(7):980–8.
- 154.Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B. Reliability and Validity of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version-Turkish Version (K-SADS-PL-T). *Turk J Child Adolesc Ment Health*. *Turk J Child Adolesc Men*.
- 155.Bayraktar F. İnternet Kullanımının Ergen Gelişimindeki Rolü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi, Sos Bilim Enstitüsü. 2001.
- 156.Young KS. Psychology of Computer Use: XL. Addictive Use of the Internet: A Case That Breaks the Stereotype. *Psychol Rep*. 1996;79(3):899–902.
- 157.Ilgaz H. Adaptation of Game Addiction Scale for Adolescents into Turkish. *Elementary Education Online*. 2015;14(3):874-84.
- 158.Demir T, Eralp-Demir D, Uysal Ö. Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeğinin geçerlilik ve güvenirliği. 8. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi, Sapanca. 1998.
- 159.Kovacs M. Rating scale to assess depression in school aged children. *Açta Paedopsyhiatr*. 1981;46: 305- 15.
- 160.Kovacs M. The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacol Bulletin* 1985;21: 995-98.
- 161.Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991;2:132-36.
- 162.Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1988;6(22):118–26.
- 163.Beck AT, Steer RA. Beck Anxiety Inventory manual, Psychological Corporation, San Antonio. 1993.
- 164.Ulusoy M, Şahin NH, Erkmén H. "Turkish version of the Beck anxiety inventory: psychometric properties journal of cognitive psychotherapy", *An International Quarterly*. 1998;12:21-8.
- 165.Keskin G, Çam O. Ergenlerin ruhsal durumları ve anne baba tutumları ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2008;9: 139-47.
- 166.Ercan ES, Amado S, Somer O ve Çıkoğlu S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin Bir Test Bataryası Geliştirme Çabası. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*.2011;8(3):132- 44.
- 167.Wang C-W, Chan CLW, Mak K-K, Ho S-Y, Wong PWC, Ho RTH. Prevalence and Correlates of Video and Internet Gaming Addiction among Hong Kong Adolescents: A Pilot Study. *Sci World J [Internet]* 2014 [cited 2018 Nov 19]; 2014:1–9. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/tswj/2014/874648/>
- 168.Durkee T, Kaess M, Carli V, Parzer P, Wasserman C, Floderus B, Apter A, Balazs J, Barzilay S, Bobes J, Brunner R, Corcoran P, Cosman D, Cotter P, Despalins R, Graber N, Guillemin F, Haring C, Kahn J-P, et al. Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors. *Addiction* 2012; 107:2210–22.
- 169.King DL, Delfabbro PH, Zwaans T, Kaptis D. Clinical features and axis I comorbidity of Australian adolescent pathological Internet and video game users. *Aust New Zeal J Psychiatry* 2013; 47:1058–67.
- 170.King DL, Adair C, Saunders JB, Delfabbro PH. Clinical predictors of gaming abstinence in help-seeking adult problematic gamers. *Psychiatry Res* 2018; 261:581–8.
- 171.Özkan B, Karaçetin G. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerle İnternet Oyun Oynama Bozukluğu Olanların Erken Dönem Uyumsuz Şemaları İle İntihar Olasılıkları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi. 2018.

172. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması. 06-15 yaş grubu çocuklarda bilişim teknolojileri kullanımı ve medya. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2013.
173. Jeong H, Yim HW, Lee S-Y, Lee HK, Potenza MN, Kwon J-H, Koo HJ, Kweon Y-S, Bhang S, Choi J-S. Discordance between self-report and clinical diagnosis of Internet gaming disorder in adolescents. *Sci Rep* 2018; 8:10084.
174. Baer S, Bogusz E, Green DA. Stuck on screens: patterns of computer and gaming station use in youth seen in a psychiatric clinic. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2011; 20:86–94.
175. Wang H, Zhou X, Lu C, Wu J, Deng X, Hong L. Problematic Internet Use in High School Students in Guangdong Province, China. Scott JG, editor. *PLoS One Public Library of Science*, 2011; 6
176. Männikkö N, Ruotsalainen H, Demetrovics Z, Lopez-Fernandez O, Myllymäki L, Miettunen J, Kääriäinen M. Problematic Gaming Behavior Among Finnish Junior High School Students: Relation to Socio-Demographics and Gaming Behavior Characteristics. *Behav Med* 2018; 44:324–34.
177. Chou C, Tsai M-J. Gender differences in Taiwan high school students computer game playing. 2004;
178. Karagöz DB, Gündoğdu ÖY. İnternet Bağımlılığı ve Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Yaygınlığının, İlişkili Etmenlerin İncelenmesi, uzmanlık tezi. 2017.
179. Lemmens JS, Hendriks SJF. Addictive Online Games: Examining the Relationship Between Game Genres and Internet Gaming Disorder. *Cyberpsychology, Behav Soc Netw* 2016; 19:270–6.
180. Wu JYW, Ko H-C, Wong T-Y, Wu L-A, Oei TP. Positive Outcome Expectancy Mediates the Relationship Between Peer Influence and Internet Gaming Addiction Among Adolescents in Taiwan. *Cyberpsychology, Behav Soc Netw* 2016; 19:49–55.
181. Ramirez ER, Norman GJ, Rosenberg DE, Kerr J, Saelens BE, Durant N, Sallis JF. Adolescent Screen Time and Rules to Limit Screen Time in the Home. *J Adolesc Heal* 2011; 48:379–85.
182. Schneider LA, King DL, Delfabbro PH. Family factors in adolescent problematic Internet gaming: A systematic review. *J Behav Addict* 2017; 6:321–33.
183. Tafà M, Baiocco R. Addictive Behavior and Family Functioning During Adolescence. *Am J Fam Ther* 2009; 37:388–95.
184. Ayas T, Horzum MB. İlköğretim Öğrencilerinin İnternet Bağımlılığı ve Aile İnternet Tutumu. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derg* 2013; 4:46–57.
185. Wang R, Bianchi SM, Raley SB. Teenagers' Internet Use and Family Rules: A Research Note. *J Marriage Fam* 2018; 67:1249–58.
186. Chiu S-I, Lee J-Z, Huang D-H. Video Game Addiction in Children and Teenagers in Taiwan. *CyberPsychology Behav* 2004; 7:571–81.
187. Choo H, Sim T, Liau AKF, Gentile DA, Khoo A. Parental Influences on Pathological Symptoms of Video-Gaming Among Children and Adolescents: A Prospective Study. *J Child Fam Stud* 2015; 24:1429–41.
188. Bonnaire C, Phan O. [Negative perceptions of the risks associated with gaming in young adolescents: An exploratory study to help thinking about a prevention program]. *Arch Pediatr* 2017; 24:607–17.
189. Xiuqin H, Huimin Z, Mengchen L, Jinan W, Ying Z, Ran T. Mental Health, Personality, and Parental Rearing Styles of Adolescents with Internet Addiction Disorder. *Cyberpsychology, Behav Soc Netw Mary Ann Liebert, Inc. 140 Huguenot Street, 3rd Floor New Rochelle, NY 10801 USA*, 2010; 13:401–6.

190. Motti F. Recognizing internet addiction: Prevalence and relationship to academic achievement in adolescents enrolled in urban and rural Greek high schools. *Artic J Adolesc* 2013;
191. Karaer Y, Akdemir D. Patolojik İnternet Kullanımı Olan Ergenlerde Anne Baba Tutumları, Algılanan Sosyal Destek ve Duygu Düzenleme Becerileri, uzmanlık tezi. 2018.
192. Liao AK, Choo H, Li D, Gentile DA, Sim T, Khoo A. Pathological video-gaming among youth: A prospective study examining dynamic protective factors. *Addict Res Theory* 2015; 23:301–8.
193. Liao AK, Khoo A, Ang PH. Parental Awareness and Monitoring of Adolescent Internet Use. *Curr Psychol* 2008; 27:217–33.
194. Pearcy BTD, McEvoy PM, Roberts LD. Internet Gaming Disorder Explains Unique Variance in Psychological Distress and Disability After Controlling for Comorbid Depression, OCD, ADHD, and Anxiety. *Cyberpsychology, Behav Soc Netw* 2017; 20:126–32.
195. Ko C-H, Yen J-Y, Yen C-F, Chen C-S, Chen C-C. The association between Internet addiction and psychiatric disorder: A review of the literature. *Eur Psychiatry* 2012; 27:1–8.
196. Bozkurt H, Coskun M, Ayaydin H, Adak I, Zoroğlu SS. Prevalence and patterns of psychiatric disorders in referred adolescents with internet addiction. *Psychiatry Clin Neurosci* 2013; 67:352–9.
197. Yu H, Cho J. Prevalence of internet gaming disorder among Korean adolescents and associations with non-psychotic psychological symptoms, and physical aggression. *Am J Heal Behav* 2016; 40:705–716.
198. Subramaniam M, Chua BY, Abidin E, Pang S, Satghare P, Vaingankar JA, Verma S, Ong SH, Picco L, Chong SA. Prevalence and correlates of internet gaming problem among internet users: Results from an internet survey. *Ann Acad Med Singapore* 2016; 45:174–83.
199. Park S, Jeon HJ, Son JW, Kim H, Hong JP. Correlates, comorbidities, and suicidal tendencies of problematic game use in a national wide sample of Korean adults. *Int J Ment Health Syst BioMed Central*, 2017; 11:35.
200. Brunborg GS, Mentzoni RA, Frøyland LR. Is video gaming, or video game addiction, associated with depression, academic achievement, heavy episodic drinking, or conduct problems? *J Behav Addict* 2014; 3:27–32.
201. King DL, Delfabbro PH, Wu AMS, Doh YY, Kuss DJ, Pallesen S, Mentzoni R, Carragher N, Sakuma H. Treatment of Internet gaming disorder: An international systematic review and CONSORT evaluation. *Clin Psychol Rev* 2017; 54:123–33.
202. Winkler A, Dörsing B, Rief W, Shen Y, Glombiewski JA. Treatment of internet addiction: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2013,
203. Zajac K, Ginley MK, Chang R, Petry NM. Treatments for Internet gaming disorder and Internet addiction: A systematic review. *Psychol Addict Behav NIH Public Access*, 2017; 31:979–94.
204. Stevens MWR, King DL, Dorstyn D, Delfabbro PH. Cognitive-behavioral therapy for Internet gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Psychother* 2018;
205. Emslie GJ, Kennard BD, Mayes TL, Nakonezny PA, Moore J, Jones JM, Foxwell AA, King J. Continued Effectiveness of Relapse Prevention Cognitive-Behavioral Therapy Following Fluoxetine Treatment in Youth With Major Depressive Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015; 54:991–8.
206. Westra HA, Arkowitz H, Dozois DJA. Adding a motivational interviewing pretreatment to cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary randomized controlled trial. *J Anxiety Disord* 2009; 23:1106–17.

207. Kashner TM, Henley SS, Golden RM, Rush AJ, Jarrett RB. Assessing the preventive effects of cognitive therapy following relief of depression: A methodological innovation. *J Affect Disord* 2007; 104:251–61.
208. Pascual-Vera B, Roncero M, Doron G, Belloch A. Assisting relapse prevention in OCD using a novel mobile app-based intervention: A case report. *Bull Menninger Clin* 2018; 82:390–406.
209. Santos VA, Freire R, Zugliani M, Cirillo P, Santos HH, Nardi AE, King AL. Treatment of Internet Addiction with Anxiety Disorders: Treatment Protocol and Preliminary Before-After Results Involving Pharmacotherapy and Modified Cognitive Behavioral Therapy. *JMIR Res Protoc* 2016; 5
210. Liu J, Nie J, Wang Y. Effects of Group Counseling Programs, Cognitive Behavioral Therapy, and Sports Intervention on Internet Addiction in East Asia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2017; 14:1470.
211. Torres-Rodríguez A, Griffiths MD, Carbonell X, Oberst U. Treatment efficacy of a specialized psychotherapy program for Internet Gaming Disorder. 2018;

8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Cansu GERÇEK

Doğum yeri ve tarihi: Mazgirt/ 04/04/1989

Uyruğu: TC

Medeni durumu: Bekar

İletişim adresi: cnsgercek@gmail.com

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi:

S.B.Ü. İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Kliniği (2015-2019)

Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi (2008-2014)

Balakgazi Lisesi (2003-2007)

III- Ünvanları: Tabip – 2014

IV- Mesleki Deneyimi:

Çarşamba Devlet Hastanesi- Tabip (2014-2015)

SBÜ İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Kliniği- Asistan Hekim (2015-2019)

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türkiye Psikiyatri Derneği

Türkiye Çocuk Ve Genç Psikiyatrisi Derneği

VI- Bilimsel İlgi Alanları

İnternet Oyun Oynama Bozukluğu

Madde Kullanım Bozukluğu

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Otizm Spektrum Bozukluğu

Psikotik Bozukluklar

VII- Katıldığı Bilimsel Toplantılar

- 26. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi
- 9.Uluslararası Psikofarmakoloji Kongresi, 5.Uluslararası Çocuk ve Ergen Psikofarmakoloji Sempozyumu
- 28. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi



9. EKLER

EK 1 - ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
S.B.Ü. BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN
RUH SAĞLIĞI VE SINIR HASTALIKLARI
SUAM



03.04.2018

TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU KARARI

İlgi : Asist. Dr. Cansu MEYDAN'ın 23.03.2018 tarih ve 10803 sayılı dilekçesi

Hastanemizin Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu Hastane Yönetici Başhekimisi Doç. Dr. Murat ERKIRAN, Hastane Eğitim Koordinatörü Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU ve üyeler Doç. Dr. Bekir TUĞCU, Doç. Dr. H. Dilek ATAĞLI ve Doç. Dr. Gül KARAÇETİN'in katılımları ile 03.04.2018 tarihinde toplanmış;

Hastanemizin Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde Uzmanlık Öğrencisi olarak görev ifa eden Asist. Dr. Cansu MEYDAN'ın, Program Yöneticisi tarafından belirlenen Tez Danışmanı Doç. Dr. Gül KARAÇETİN'in eşliğinde yürütülecek olan "Ergenlerde İnternet Oyun Oynama Bozukluğunda Tedaviye Yanıtın Yordayıcıları" başlıklı tez protokolü ve ekleri 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun Ek 9. Maddesine, 06.06.2016 tarih ve 29744 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına ait Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliği'ne, 26.04.2014 tarih ve 28983 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'ne, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 13.02.2014 tarihli Eğitim Planlama Kurulunun (EPK) Görevlerine Dair Yönergeye dayanarak hazırlanmış olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönergesi'ne istinaden kurulumuzca 158 protokol no ile onaylanmıştır.

Ayrıca bilgileri ve ekleri verilen tez protokolü; gerekçesi, amaçları, yaklaşımı ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildiğinde, çalışmanın belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinin, sonuçlarının yayın yapılmasının Hasta Hakları Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi kurallarına göre etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Doç. Dr. Murat ERKIRAN
Başkan

Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU
Eğitim Koordinatörü

Doç. Dr. Bekir TUĞCU
Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği
Üye

Doç. Dr. H. Dilek ATAĞLI
Nöroloji Kliniği
Üye

Doç. Dr. Gül KARAÇETİN
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Üye

EK 2 - TEZ ÇALIŞMASI İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Ergenlerde İnternet Oyun Oynama Bozukluğunda Tedaviye Yanıtın Yordayıcıları

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm bu açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu çalışma projesinde ‘katılımcı’ olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜNÜN

Adı- Soyadı

İMZASI

Adresi

Telefon No

Tarih

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİSİN

Adı- Soyadı

İMZASI

Adresi

Tel & Faks

Tarih

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ

İMZASI

Adı- Soyadı

Tarih

RIZA ALMA İŞLEMİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİNİN

Adı- Soyadı

İMZASI

Görevi

Tarih

EK 3 - SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ FORMU

- 1) Çocuğun adı-soyadı:
- 2) Doğum tarihi:
- 3) Yaşı:
- 4) Cinsiyeti: Kız/Erkek
- 5) Boy: Kilo:
- 6) Aile tipi: çekirdek / geniş / boşanmış
- 7) Kardeş sayısı / kaçınıcı çocuk:
- 8) Eğitim durumu:
- 9) Açık Lise: Var / Yok
- 10) Çalışma hayatı: Var / Yok
- 11) Ailenin sosyo-ekonomik durumu: (1000 altı) / (1000-2000) / (2000-3000) / (3000-5000) / (5000 üzeri) / (10.000 üzeri)
- 13) Annenin eğitim durumu:
- 14) Annenin işi: ev hanımı / memur / işçi / özel sektörde işçi dışı çalışma / serbest / emekli
- 15) Babanın eğitim durumu:
- 16) Babanın işi: işsiz / memur / işçi / özel sektörde işçi dışı çalışma / serbest / emekli

Bu kısım anneye yalnız olarak doldurulacaktır.

- 17) Çocuğunuzun İnternet kullanımına başlama yaşı:
- 18) Çocuğunuzun İnternet oyunu oynamaya başlama yaşı:
- 19) İnternet kullanımı ile ilgili sorunlar kaç yaşında başladı:
- 20) Çocuğunuzun İnternet başında geçirdiği süre: (günde kaç saat)

Hafta içi:

Hafta sonu:

- 21) Çocuk İnterneti ne amaçla kullanıyor:

Ödev yapmak

Bilgisayar oyunu oynamak

Arkadaşlarla konuşmak
Sosyal medya-paylaşım siteleri için
E-mail elektronik posta göndermek için
Müzik dinlemek için

22) Bilgisayarda oyun oynuyorsa hangi oyun tipi en sık oynar?

Satranç, dama, tavla, kağıt oyunları gibi
Spor oyunları (futbol, basketbol,...)
Yarış oyunları (otomobil, motosiklet,...)
Stratejik oyunlar (aile,şehir kurma,...)
Dövüş oyunları

23) Çocuğunuzun internet/bilgisayar kullanımına sınır koyuyor musunuz?

Evet / Hayır

Evet ise belirtiniz: Saat sınırlaması: 0-2 saat/ 2-4 saat/ 4-6 saat/ 6-8 saat

İçerik sınırlaması: Filtre var / yok

Kota sınırlaması: varsa miktarı?

Diğer:

24) Çocuğunuza sınır koyan kim? Anne / Baba / Aile büyükleri

25) Çocuğunuza internet dışındaki alanlarda da sınır koyar mısınız? Evet / Hayır

Evet ise belirtiniz:

26) İnternet nedeniyle çocuğunuzun ders başarısı / arkadaş ilişkiler / aile ilişkilerinin etkilendiğini düşünüyor musunuz?

27) Kural koyarken çocuğa neden koyulduğıyla ilgili açıklama yapıyor musunuz?

Evet / Hayır

28) Çocuğunuza ceza verir misiniz? Evet / Hayır

29) Çocuğunuzun kendi sorumluluklarını gerçekleştirmesine izin verir misiniz?

Evet / Hayır

30) Sizin internet başında geçirdiğiniz süre günlük kaç saattir?

Anne: Baba:

Evet/Hayır

32) Sizin de internet ile ilgili aşırı zihinsel meşguliyetiniz oluyor mu?

Evet/Hayır

33) Siz interneti ne amaçla kullanıyorsunuz?

Bilgisayar oyunu oynamak

Arkadaşlarla konuşmak

Sosyal medya-paylaşım siteleri için

E-mail elektronik posta göndermek için

Müzik dinlemek için

34) Hiç internet kullanımı nedeniyle yaşamın diğer alanlarını ihmal ettiğiniz oluyor mu?

Evet/Hayır

35) İnternet nedeniyle iş başarısının / arkadaş ilişkilerinizin/ aile ilişkilerinizin etkilendiğini düşünüyor musunuz?

Evet/Hayır

Bu kısımdan sonraki sorular çocukla yalnız olarak doldurulacaktır .

36) İnternet nedeniyle ders başarısı / arkadaş ilişkiler / aile ilişkilerinizin etkilendiğini düşünüyor musunuz?

37) İnternet kullanımına başlama yaşı:

38) İnternet oyunu oynamaya başlama yaşı:

39) İnternet sorunlu kullanmaya başlama yaşı:

40) İnternet başında geçirdiği süre: (günde kaç saat)

41) İnterneti ne amaçla kullanıyor:

Ödev yapmak

Bilgisayar oyunu oynamak

Arkadaşlarla konuşmak

Sosyal medya-paylaşım siteleri için

E-mail elektronik posta göndermek için

Müzik dinlemek için

42) Bilgisayarda oyun oynuyorsa hangi oyun tipi en sık oynar?

Satranç, dama, tavla, kağıt oyunları gibi

Spor oyunları (futbol, basketbol,..)

Yarış oyunları (otomobil, motosiklet,..)

Stratejik oyunlar (aile,şehir kurma,..)

Dövüş oyunları

43) Annenle nasıl aktiviteler yaparsın?

Sence bu aktiviteler yeterli mi? Evet / Hayır

44) Babanla nasıl aktiviteler yaparsın?

Sence bu aktiviteler yeterli mi? Evet / Hayır

45) Ailen sana sınırlamalar / kurallar koyuyor mu? Evet / Hayır

Evetse Kim koyuyor? Anne / Baba / Aile büyükleri

Koyuyorsa bunlardan memnun musun? Evet / Hayır

46) Ailenle ilişkini nasıl tanımlarsın?

Sıcak

Soğuk-mesafeli

47) Ailen senin kendi sorumluluklarını gerçekleştirmene izin verir mi?

Evet / Hayır

EK 4 - İNTERNET BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ

düzeğiniz hangi gruba giriyorsa ona göre işaretleyiniz. Bu ifadelerden her birisi için “**Nadiren (1)**”, “**Bazen (2)**”, “**Sıklıkla (3)**”, “**Çoğu zaman (4)**”, “**Her zaman (5)**” seçeneklerden birini işaretleyiniz. Vereceğiniz samimi cevaplar araştırmanın geçerli ve güvenilir olması açısından oldukça önemlidir.

	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Çoğu zaman	Her zaman
1. Ne sıklıkla planladığınızdan daha fazla süre internette kalıyorsunuz?					
2. Ne sıklıkla internette kalmak için günlük ev işlerini ihmal ediyorsunuz?					
3. Ne sıklıkla arkadaşlarınızla birlikte olmak yerine interneti tercih edersiniz?					
4. Ne sıklıkla internet kullanan kişilerle yeni ilişkiler kurarsınız?					
5. Ne sıklıkla internet kullanan kişilerle yeni ilişkiler kurarsınız?					
6. Ne sıklıkla okula devamanız internetten dolayı olumsuz etkilenir?					
7. Herhangi biri internette ne yaptığınızı sorduğunda ne sıklıkla kendinizi savunur ve ne yaptığınızı gizlersiniz ?					
8. Çevrenizdekiler ne sıklıkla internette harcadığınız zamanın fazlalığından şikayet eder ?					
9. Ne sıklıkla okul ders notlarınız ve ödevleriniz internette kalma sürenizden olumsuz yönde etkilenir?					
10. Hayatınız hakkında sizi rahatsız eden düşünceleri dağıtmak için ne sıklıkla internete girersiniz ?					
11. Ne sıklıkla internete girmek için sabırsızlanırsınız?					
12. Ne sıklıkla internetsiz hayatın sıkıcı, boş ve eğlencesiz olacağını düşünürsünüz?					
13. Biri siz internetteyken rahatsız ettiğinde ne sıklıkla kırıncı konuşur, bağırır veya kızgın davranışlar sergilersiniz?					
14. Gece geç saatlerde internet kullanmaktan ötürü ne sıklıkta uykunuz kaçar?					
15. İnternette olmadığınız zamanlarda ne sıklıkla interneti düşünür veya interneti girmeyi hayal edersiniz?					
16. Kendinizi ne sıklıkla internetteyken “yalnızca birkaç dakika daha” derken bulursunuz?					
17. Ne sıklıkla internette harcadığınız zamanın miktarını azaltmaya çalışır ve başarısız olursunuz?					
18. İnternette kaldığınız süreyi ne sıklıkla saklamaya çalışırsınız?					
19. Ne sıklıkla başkalarıyla dışarı çıkmak yerine internette daha fazla zaman geçirmeyi tercih edersiniz?					
20. Ne sıklıkla internette olmadığınızda kendinizi çökmüş, aksi veya sinirli hissedip, internete girince rahatlırsınız?					

Ek 5 - ERGENLER İÇİN OYUN BAĞIMLILIĞI

Bu form, sizin oyun kullanımınızı değerlendiren 21 maddeden oluşmaktadır. Soruları yanıtlarken

son 6 ay içindeki oyun kullanımınızı düşünerek cevap veriniz. Cevaplarınızı aşağıdaki şekilde puan veriniz. 1=Asla 2=Nadiren 3= Bazen 4= Sıklıkla 5= Çok sık

1.Tüm gün boyunca oyun oynamayı düşündünüz mü?	1	2	3	4	5
2.Boş zamanlarınızın çoğunu oyunlara mı harcadınız?					
3.Bir oyuna bağımlı olduğunuzu hissettiniz mi?					
4.Düşündüğünüzden daha uzun süre oyun oynadınız mı?					
5.Oyunlara harcadığınız süre giderek arttı mı?					
6.Oynamaya başladığınızda kendinizi durduramadığınız oldu mu?					
7.Gerçek hayatı unutmak için mi oyun oynadınız?					
8.Stres atmak için oyun oynadınız mı?					
9.Kendinizi daha iyi hissetmek için oyun oynadınız mı?					
10.Oyun için ayırdığınız zamanı azaltmayı başaramadınız mı?					
11.Başka kişiler oyun için harcadığınız süreyi azaltmayı deneyip başarısız oldular mı?					
12. Oyun için harcadığınız süreyi azaltmayı deneyip başarısız oldunuz mu?					
13.Oyun oynayamadığınız zamanlarda kötü hissettiniz mi?					
14.Oyun oynayamadığınız için sinirlendiğiniz oldu mu?					
15.Oyun oynayamadığınız zamanlarda stresli oldunuz mu?					
16.Oyunlara harcadığınız zaman konusunda diğer insanlarla(aileniz,arkadaşlarınız vb) tartıştınız mı?					
17.Oyun oynadığınız için başkalarını(aile,arkadaşlar,vs) ihmal ettiğiniz oldu mu?					
18.Oyunlara harcadığınız zaman konusunda yalan söylediğiniz oldu mu?					
19.Oyunlara harcadığınız süre uykusuz kalmanıza sebep oldu mu?					
20. Oyun oynamak için diğer önemli aktivitelerinizi (okul,iş,spor vb.) ihmal ettiniz mi?					
21.Bir oyunu uzun bir süre oynadıktan sonra kendinizi kötü hissettiniz mi?					

EK 6 – ÇOCUK VE ERGENLER İÇİN SOSYAL FOBİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda bazı cümleler ve yanlarında da bazı seçenekler verilmiştir. Her cümleyi okuduktan sonra, son bir ayı düşünerek bu cümle için size en uygun gelen seçeneği işaretleyin. Cümlenin size uygunluğuna göre o cümleye 1-5 arasında bir puan verin. Cümledeki ifade size hiç uymuyorsa 1, çok az uyuyorsa 2, bazen uyuyorsa 3, çoğu zaman uyuyorsa 4, daima uyuyorsa 5'i işaretleyin.

1= hiç bir zaman

2= çok az

3= bazen

4= çoğu zaman

5= daima

	1	2	3	4	5
1. Tanımadığım kişilerle konuşmaktan çekinirim.					
2. Başkalarıyla konuşurken yüzüm kızarır.					
3. Başkalarının önünde yanlış birşey yapacağım diye korkarım.					
4. İnsanlarla gözgöze gelmekten çekinirim.					
5. Yazılı sınavlarda heyecanlanır ve sıkılırım.					
6. Sınıf arkadaşlarımla konuşmaktan çekinirim.					
7. Sınıfta tahtaya kalkmaktan rahatsız olurum.					
8. Bildiğim sorulara bile cevap vermekten kaçınırım.					
9. Başkalarının önünde yanlış birşey söyleyeceğim diye korkarım.					
10. Başkalarıyla konuşurken kalbim hızlı çarpar.					
11. Öğretmenlerle konuşmaktan, onlara soru sormaktan çekinirim.					
12. Başkalarının önünde yazı yazmak bana zor gelir.					
13. Başkalarıyla konuşurken sesim titrer.					
14. Bir şey satın almak, satıcıdan bir şey istemek bana zor gelir.					
15. Sınav sonuçları açıklanırken çok heyecanlanırım.					
16. Derse geç kaldığımda sınıfa girmek bana zor gelir.					
17. Yoklamalarda sıra bana gelirken heyecanlanırım.					
18. Beden eğitimi derslerinde ya da spor yaparken izlenmekten rahatsız olurum.					
19. Sınıfta yüksek sesle bir şey okumaktan rahatsız olurum.					
20. Okul tuvaletlerine gitmekten rahatsız olurum.					
21. Yaşıtlarımın konuşmalarına katılmaktan çekinirim.					
22. Başkalarının bana takılmasından, şaka yapmasından rahatsız olurum.					
23. Başkalarının önünde kötü duruma düşeceğim diye korkarım.					
24. Başkalarının önünde bir şey yemekten ya da içmekten rahatsız olurum.					
25. Çevremdekiler sıkıntılı ya da sinirli olduğumu düşünecekler diye endişelenirim.					

EK 7 – ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ (CDI)

Adı Soyadı : Cinsiyeti : Doğum Tarihi :

Tarih : Okul : Sınıf :

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için, bugün dahil son iki haft içinde size en uygun olancümlelerin yanındaki sayıyı yuvarlak içine alınız.

- A) 1- Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
2- Kendimi sık sık üzgün hissederim.
3- Kendimi her zaman üzgün hissederim.
- B) 1- İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
2- İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
3- İşlerim yolunda gidecek.
- C) 1- İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
2- İşlerimin birçoğunu yanlış yaparım.
3- Herşeyi yanlış yaparım.
- D) 1- Birçok şeyden hoşlanırım.
2- Bazı şeylerden hoşlanırım.
3- Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E) 1- Her zaman kötü bir çocuğum.
2- Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
3- Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F) 1- Arada sırada başıma kötü birşeylerin geleceğini düşünürüm.
2- Sık sık başıma kötü birşeylerin geleceğinden endişelenirim.
3- Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.
- G) 1- Kendimden nefret ederim.
2- Kendimi beğenmem.
3- Kendimi beğenirim.
- H) 1- Bütün kötü şeyler benim hatam.
2- Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
3- Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- İ) 1- Kendimi öldürmeyi düşünmem.
2- Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.
3- Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.

- I) 1- Her gün içimden ağlamak gelir.
2- Birçok günler içimden ağlamak gelir.
3- Aradasırada içimden ağlamak gelir.
- J) 1- Herşey her zaman beni sıkar.
2- Herşey siksık beni sıkar.
3- Herşey arada sırada beni sıkar.
- K) 1- İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
2- Çoğu zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.
3- Hiçbir zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.
- L) 1- Herhangi birşey hakkında karar veremem.
2- Herhangi birşey hakkında karar vermek zor gelir.
3- Herhangi birşey hakkında kolayca karar veririm.
- M) 1- Güzel / Yakışıklı sayılırım.
2- Güzel / Yakışıklı olmayan yanlarım var.
3- Çirkinim.
- N) 1- Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
2- Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
3- Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
- O) 1- Her gece uyumakta zorluk çekerim.
2- Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
3- Oldukça iyi uyurum.
- Ö) 1- Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
2- Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
3- Her zaman kendimi yorgun hissederim.
- P) 1- Hemen hergün canım yemek yemek istemez.
2- Çoğugün canım yemek yemek istemez.
3- Oldukça iyi yemek yerim.
- Q) 1- Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
2- Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
3- Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- R) 1- Kendimi yalnız hissetmem.
2- Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
3- Her zaman kendimi yalnız hissederim.

- S) 1- Okuldan hiç hoşlanmam.
2- Arada sırada okuldan hoşlanırım.
3- Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.
- S) 1- Birçok arkadaşım var.
2- Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterim.
3- Hiç arkadaşım yok.
- T) 1- Okul başarım iyi.
2- Okul başarım eskisi kadar iyi değil.
3- Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.
- Ü) 1- Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
2- Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
3- Diğer çocuklar kadar iyiyim.
- U) 1- Kimse beni sevmez.
2- Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
3- Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y) 1- Bana söylenen işlemlerle yaparım
2- Bana söylenen işlemleri çoğu zaman yaparım
3- Bana söylenen işlemleri hiçbir zaman yapmam.
- Z) 1- İnsanlarla iyi geçinirim.
2- İnsanlarla sık sık kavga ederim.
3- İnsanlarla her zaman kavga ederim.

EK 8 – BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Son bir hafta içinde (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi seçiniz.

1. 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
2. 0. Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
4. 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
5. 0. Kendimi suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. 0. Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
 1. Bazı şeyler için cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. 0. Kendimden memnunum.
 1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
8. 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 1. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiriyorum.
 2. Hatalarımdan dolayı kendimi kabahatli bulurum.

3. Her kötü olayda kendimi hatalı bulurum.
9. 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
 1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 10.0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
 1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11.0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
 1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeylere bile artık sinirlenmiyorum.
- 12.0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
 1. Başkaları ile eskisine göre daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13.0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
 1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14.0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
 1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15.0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
 1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16.0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17.0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
 1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.

3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18.0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19.0. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.

1. Son zamanlarda istemediğim halde 3 kilodan fazla kaybettim
2. Son zamanlarda istemediğim halde 5 kilodan fazla kaybettim
3. Son zamanlarda istemediğim halde 7 kilodan fazla kaybettim

20. 0. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor

1. Son zamanlarda ağrı, sızı mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var
2. Bu sıkıntıları beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor
3. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki artık başka bir şey düşünemiyorum

21. 0. Son zamanlarda cinsel yaşamımda dikkatimi çeken bir şey yok

1. Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum
2. Şu sırada cinsellikle pek ilgili değilim
3. Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

EK 9 – BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

		Hiç 0	Hafif Düzeyde Beni Pek Etkilemedi 1	Orta Düzeyde Hoş Değildi Ama Katlanabildim 2	Ciddi Düzeyde Dayanmakta Çok Zorlandım 3
1	Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2	Sıcak/Ateş basmaları				
3	Bacaklarda halsizlik, titreme				
4	Gevşeyememe				
5	Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6	Baş dönmesi veya sersemlik				
7	Kalp çarpıntısı				
8	Dengeyi kaybetme korkusu				
9	Dehşete kapılma				
10	Sinirlilik				
11	Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12	Ellerde titreme				
13	Titreklik				
14	Kontrolü kaybetme korkusu				
15	Nefes almada güçlük				
16	Ölüm korkusu				
17	Korkuya kapılma				
18	Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19	Baygınlık				
20	Yüzün kızarması				
21	Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				
		Toplam BECK-A skoru:			

EK 10 – AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUM ANKETİ

Aşağıda verilen ifadeleri okuyup, şu şekilde değerlendiriniz:

4	3	2	1
Çok Uygun	Oldukça Uygun	Biraz Uygun	Hiç Uygun
Buluyorum	Buluyorum	Buluyorum	Bulmuyorum

Görüşünüzü bu sayılardan birini daire içine alarak bildiriniz. Bu ifadelerde doğru veya yanlış yoktur, sadece kendi görüşünüzü işaretlemeniz gerekiyor. Araştırma için, bütün sorunların cevaplandırılması çok önemli bir noktadır. Onun için, bazı ifadeler birbirine benzer dahi olsa, gene de cevaplandırmanızı rica ederiz.

1. Çocuk, yorucu veya zor işlerden korunmalıdır.
2. Anne ve babalar çocuklarını dertlerini anlatmaya teşvik ederler. Fakat bazen çocukların dertlerinin hiç açılmaması gerektiğini anlayamazlar.
3. Çocuk boşa geçen dakikaların bir daha hiç geri gelmeyeceğini ne kadar çabuk öğrenirse, kendisi için o kadar iyi olur.
4. Bir anne çocuğunun düş kırıklığına uğramaması için elinden geleni yapmalıdır.
5. Çocuk ne kadar erken yürümeyi öğrenirse, o kadar iyi terbiye edilebilir.
6. Çocuk yetiştirmek sinir bozucu, yıpratıcı bir iştir.
7. Çocuğun hayatta öğrenmesi gereken çok şey vardır. Zamanını boşa geçirmesi affedilemez.
8. Babalar, biraz daha şefkatli olsalar, anneler çocuklarını daha iyi yönetebilirler.
9. Çocuk yetiştirmenin kötü taraflarından biri de, anne ya da babanın istediğini yapabilmesi için yeterince özgür olmamasıdır.
10. Sıkı kurallarla yetiştirilen çocuklardan en iyi yetişkinler çıkar.
11. Bir anne çocuğunun mutluluğu için kendi mutluluğunu feda etmesini bilmelidir.
12. Daima koşuşturan, hareketli bir çocuk büyük bir olasılıkla mutlu bir insan olacaktır.
13. Büyükler çocukların şakalarına güler, onlara eğlendirici öyküler anlatırsa, evdeki düzen daha iyi, daha ahenkli olur.
14. Çocuğun en gizli düşüncelerini kesinlikle bilmek, bir annenin görevidir.
15. Anne-babalar çocuklarına, sorgusuz sualsiz kendilerine sadık kalmalarını öğretmelidirler.
16. Bütün genç anneler, bebek bakımında beceriksiz olduklarından korkarlar.

17. Hangi anne olursa olsun eğer bütün gününü çocuklarla geçirmek zorunda kalırsa sonunda çocuklar sinirine dokunur.
18. Anne ve babalar her zaman çocuklarının kendilerine uymasını beklememeli, biraz da kendileri çocuklarına uymalıdır.
19. Eğer anneler dileklerinin kabul edileceğini bilselerdi, babalarının daha anlayışlı olmalarını isterlerdi.
20. Bir çocuğa, ne olursa olsun, dövüşmekten açınması gerektiği öğretilmelidir.
21. Çocuklar bencil olduklarında, hep bir şeyler istediklerinde, annenin tepesinin atması çok normaldir.
22. Eğer çocuklar ailedeki kuralları uygun bulmuyorsa, bunu anne-babalarına söylemeleri hoş karşılanmalıdır.
23. Anneler çoğu zaman çocuklarına bir dakika daha dayanamayacakları duygusuna kapılırlar.
24. Çocuğu sıkı terbiye ederseniz sonra size teşekkür eder.
25. Küçük bir çocuk, cinsiyet konusundan sakınmalıdır.
26. Bir annenin, çocuğunun hayatı hakkında her şeyi bilmesi hakkıdır. Çocuğu onun önemli parçasıdır.
27. Uyanık bir anne-baba, çocuğun tüm düşüncelerini öğrenmeye çalışmalıdır.
28. Çocuklar, anne-babalarının kendileri için neler feda ettiklerini düşünmelidirler.
29. Eğer çocukların dertlerini söylemelerine izin verilerse büsbütün şikayetçi olurlar.
30. Sıkı terbiye, sağlam ve iyi karakter geliştirir.
31. Genç bir kadın, henüz geçen yapmak istediğini pek çok şey olduğu için, anne oluca kendisini tutuklanmış duygusuna kaptırır.
32. Anneler, çocukları için hemen hemen bütün eğlencelerini feda ederler.
33. Babalar, daha az bencil olsalar, kendilerine düşen görevi yaparlardı.
34. İyi bir anne çocuğunu ufak tefek güçlüklerden korumalıdır.
35. Bir çocuğa anne ve babasını herkesten üstün görmesi öğretilmelidir.
36. Çocuk hiçbir zaman ailesinden sır saklamamalıdır.
37. Çocuklardan sık sık ödün vermelerini, anne-babaya uymalarını istemek doğru değildir.
38. Çoğu anneler bebeklerine bakarken onu inciteceklerinden korkarlar.
39. Bir çocuğa başı derde girdiğinde, döğüşmek yerine büyüklere başvurması öğretilmelidir.
40. Anne-baba arasındaki bazı konular küçük bir tartışma ile çözümlenemez.
41. Ev bakımında ve idaresinde en kötü şeylerden biri de, kişinin kendini evinde tutuklanmış gibi hissetmesidir.

42. Hiçbir kadından yeni doğmuş bir bebeğe tek başına bakması beklenmemelidir.
43. Oğlan ve kız çocukları soyunurken birbirini görmemelidir.
44. Çocukların sorunlarına eğilirsanız sizi oyalamak için çeşitli masallar uydururlar.
45. Eğer anne-babalar çocukları ile şakalaşıp beraber eğlenirlerse, çocuklar onların öğütlerini dinlemeye daha istekli olurlar.
46. Anneleri kendileri yüzünden zorluk çektiği için çocuklar, onlara karşı daha anlayışlı olmalıdırlar.
47. Bir çocuk eninde sonunda anne-babasından daha akıllı olmayacağını öğrenirler.
48. Eğer bir anne çocuklarını iyi yetiştiremiyorsa belki de bu, babanın kendine düşen görevi iyi yapmamasından ileri geliyordur.
49. Genç bir anne için ilk bebeğin bakımı sırasında yalnız kalmaktan daha kötü bir şey olamaz.
50. Bir çocuğun diğer bir çocuğa vurması hiçbir şekilde hoşgörüle karşılanamaz..
51. Anne-babalar çocuklarına hayatta ilerleyebilmeleri için hep bir şeyler yapmaları ve boşa zaman geçirmeleri gerektiğini öğretmelidirler.
52. Akıllı bir kadın, yeni bir bebeğin doğumundan önce ve sonra yalnız kalmamak için elinden geleni yapar.
53. Evde olup bitenleri sadece anne bildiği için ev hayatını onun planlaması gerekir.
54. Kendi haklarına sahip olabilmesi için, bazen bir kadının kocasını terslemesi gerekir.
55. Bütün zamanını çocuklarıyla geçirmek, bir kadına kanadı kopmuş kuş duygusu verir.
56. Eğer anne kollarını sıvar, bütün yükü sırtına alırsa tüm aile rahat eder.
- 57- Anne-babalar çocuklarını kendi kendilerine oluşturdukları güveni sarsabilecekleri bütün güç işlerden sakınmalıdırlar.
- 58- Çocuklar, aslında, sıkı disiplin içinde mutlu olurlar.
- 59- Çocuklarının arkadaşlıkları ve sosyal hayatlarıyla yakından ilgilenen anne-babalar onların iyi yetişmelerini sağlarlar.
- 60- Anne ve babaya sadakat her şeyden önce gelir.

**EK 11 – ÇOCUK VE ERGENLERDE YIKICI DAVRANIM
BOZUKLUKLARI İÇİN DSM-IV'E DAYALI TARAMA VE
DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ – TURGAY LBÖLÜM SORUN SORUN
DERECE ÖLÇEĞİ-TURGAY**

Adı-Soyadı: Yaşı:
Cinsiyeti: Tarih:
Belirtilerin süresi: Son tanı:
Ölçeği yanıtlayan kişinin Yakınlık derecesi:

Sorunlar	Hiç yok	Biraz	Oldukça fazla	Çok fazla
1- Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde yada diğer etkinliklerinde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
2- Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da yaptığı etkinliklerde dikkati dağınık.	0	1	2	3
3- Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.	0	1	2	3
4- Çoğu zaman emirlere uyamaz ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz. (kendisinden isteneni anlayamamaya bağlı değildir).	0	1	2	3
5- Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte ve planlamakta zorluk çeker.	0	1	2	3
6- Çoğu zaman sürekli kafa çalıştırmayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.	0	1	2	3
7- Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örn. Oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç-gereçler)	0	1	2	3
8- Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağınık.	0	1	2	3
9- Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkanlıktır.	0	1	2	3
10- Çoğu zaman elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	0	1	2	3
11- Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar ve dolaşır.	0	1	2	3

29- Başkalarının ciddi bir biçimde fiziksel olarak yaralanmasına neden olacak bir silah kullanmıştır (Örn. bir değnek, taş, kırık şişe, bıçak, tabanca)	0	1	2	3
30- İnsanlara karşı fiziksel olarak acımasız davranmıştır.	0	1	2	3
31- Hayvanlara karşı fiziksel olarak acımasız davranmıştır.	0	1	2	3
32- Başkalarının gözü önünde çalmıştır (örn. Saldırıp çanta kapıp kaçma, göz korkutarak alma, silahlı soygun)	0	1	2	3
33- Birisini cinsel etkinlikte bulunması için zorlamıştır.	0	1	2	3
34- Ciddi hasar vermek amacıyla isteyerek yangın çıkarmıştır.	0	1	2	3
35- İsteyerek başkalarının malına mülküne zarar vermiştir (yangın çıkarma dışında)	0	1	2	3
36- Bir başkasının evine, binasına ya da arabasına zorla girmiştir.	0	1	2	3
37- Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak ya da yükümlülüklerinden kaçınmak için çoğu zaman yalan söyler (yani başkalarını “atlatır”)	0	1	2	3
38- Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalmıştır. (örn. kırmadan ve içeri girmeden mağazalardan mal çalma, sahtekarlık)	0	1	2	3
39- 13 yaşından önce başlayarak, ailenin yasaklamasına karşın çoğu zaman geceyi dışarıda geçirmiştir.	0	1	2	3
40- Ana babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki geceleyin evden kaçmıştır. (ya da uzun bir süre geri dönmemişse bir kez)	0	1	2	3
41- 13 yaşından önce başlayarak, çoğu zaman okuldan kaçmıştır.	0	1	2	3