



**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK
LİSANS PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ADÖLESANLARDA SAĞLIĞI GELİŞTİRME DAVRANIŞI İLE
OYUN BAĞIMLILIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Esra KOÇAK ŞAHİN

MUĞLA-2023

**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK
LİSANS PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ADÖLESANLARDA SAĞLIĞI GELİŞTİRME DAVRANIŞI İLE
OYUN BAĞIMLILIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Esra KOÇAK ŞAHİN

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Gonca KARAYAĞIZ MUSLU**

MUĞLA-2023

TEZ ONAYI

Esra KOÇAK ŞAHİN tarafından hazırlanan “Adölesanlarda Sağlığı Geliştirme Davranışı ile Oyun Bağımlılığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından oy birliği ile Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programında, Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı Doç. Dr. Ayşe KAHRAMAN (İmza)
Ege Üniversitesi

Tez Danışmanı Doç. Dr. Gonca KARAYAĞIZ MUSLU (İmza)
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Üye Doç Dr. Pınar ÇİÇEKOĞLU ÖZTÜRK (İmza)
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Tez savunma tarihi: 29.05.2023

Bu tez Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programında, Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirmektedir.

Prof. Dr. Müesser ÖZCAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan metinleri sahiplerinden yazılı izin alarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricinde YÖK Ulusal Tez Merkezi / MSKÜ Açık Erişim Sisteminde erişime açılabilir.

☐ Tezimle ilgili patent başvurusu yapılacağından veya patent alma süreci devam ettiğinden Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile tezimin mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl erişime açılmasının ertelenmesini talep ediyorum.

☐ Tezimde yeni teknik, materyal ve metotlar kullanıldığından ve henüz makaleye dönüşmemiş olduğundan Enstitü Yönetim Kurul kararı ile mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay tezimin erişime açılmasının ertelenmesini talep ediyorum.

29.05.2023

(İmza)

Esra KOÇAK ŞAHİN

ETİK BEYAN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Adölesanlarda Sağlığı Geliştirme Davranışı İle Oyun Bağımlılığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” isimli çalışmada tezin planlanmasından yazımına kadar tüm süreçlerde etik ilkelere bağlı kaldığımı, tezime ilişkin bilgi ve belgeleri akademik ve bilimsel etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, tezimde kullandığım tüm görsel ve yazılı materyallerin kaynağını gösterdiğimi, yararlandığım eserlerin tümünün kaynaklar bölümünde yer aldığını, tezimin Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

29.05.2023

(İmza)

Esra KOÇAK ŞAHİN

TEŞEKKÜR

Tezin her aşamasında engin bilgileri ve tecrübesi ile bana destek olan, tezin planlanmasından tamamlanmasına kadar sabır ve sevecenliği ile bana yol gösteren çok değerli tez danışman hocam Doç. Dr. Gonca KARAYAĞIZ MUSLU'ya, bu yolda her daim beni destekleyen ve tüm sorularımı sabırla cevaplayan saygıdeğer Dr. Recep KARA hocama,

Çalışmamda desteğini esirgemeyen, eğitim öğretim hayatım boyunca her daim yanımda olan, her kararımda arkamda duran ve beni sonsuz destekleyen canım babam Aytekin KOÇAK, annem Esmâ KOÇAK, ablam Keziban KOÇAK BAHTİYAR, eniştem Ramazan BAHTİYAR, kardeşim Sena KOÇAK ve minik kardeşim Simay KOÇAK'a,

Çalışmamın hazırlanma ve veri toplama aşamasında benimle okul okul gezen, psikolojik olarak desteğini esirgemeyen sevgili eşim Rasim ŞAHİN'e,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ADÖLESANLARDA SAĞLIĞI GELİŞTİRME DAVRANIŞI İLE OYUN BAĞIMLILIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

ÖZET

Adölesan dönemi, çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak tanımlanmaktadır. Bu dönem, fiziksel ve cinsel olarak hızlı büyüme ve gelişmenin yanı sıra ayrıca psikososyal gelişmeyle de karakterizedir. Bu yaş grubu gelişimsel özelliklerinden dolayı sağlık açısından risk taşımaktadır. Bu araştırmanın amacı, adölesanlarda sağlığı geliştirme davranışı ile oyun bağımlılığı arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Araştırmanın evrenini Muğla İli Dalaman Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı Dalaman ilçe merkezinde bulunan toplam altı kamu ortaokulunda 2021-2022 eğitim-öğretim yılında 5-8. sınıflarında eğitim gören 1535 öğrenci oluşturmaktadır. Örneklem, evrenin bilindiği durumda kullanılan formül ile belirlenmiştir ve toplam 340 öğrenci örnekleme alınmıştır. Bu çalışmada veri toplama aracı olarak ‘Adölesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği’ ve ‘Ergenler İçin Oyun Bağımlılığı Ölçeği’ (Kısa Form) kullanılmıştır. Verilerin analizinde Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Spearman korelasyon analizi ve çoklu regresyon analizleri kullanılmıştır. Adölesanların oyun bağımlılığı ölçeği puan ortalamaları ile sağlığı geliştirme davranış toplam puan ortalamaları ($r_{\text{spearman}} = -0.257$, $p < 0.01$) arasında negatif yönde zayıf anlamlı ilişki bulunmuştur. Oyun bağımlılığını anlamlı etkileyen faktörlerin sırası ile; sağlık sorumluluğu ($\beta = -0.204$), stres yönetimi ($\beta = 0.143$), kronik hastalığa sahip olma ($\beta = 0.133$), günde 1-2 saat dijital oyun oynama ($\beta = 0.116$), günde 2-4 saat dijital oyun oynama ($\beta = 0.142$), günde 4 saatten fazla dijital oyun oynama ($\beta = 0.252$), dijital oyun oynarken ödev yapmayı unutma ($\beta = 0.183$), dijital oyun oynayamadığında kendini mutsuz hissetme ($\beta = 0.221$) ve dijital oyun oynayamadığında sinirli hissetme durumu ($\beta = 0.303$) olduğu belirlenmiştir. Adölesanların sağlığı geliştirme davranışlarını ve oyun bağımlılığını etkileyen faktörlerin bilinmesi pediatri hemşirelerinin riskli adölesanları belirleyip gerekli önlemleri almaları açısından oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, Sağlığı Geliştirme, Oyun, Bağımlılık.

EXAMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH IMPROVEMENT BEHAVIOR AND GAME ADDICTION IN ADOLESCENTS

ABSTRACT

Adolescence is defined as the transition period from childhood to adulthood. This period is characterized with physical and sexual development and rapid growth as well as psychosocial development. This age group carries risk in terms of health due to its developmental characteristics. The aim of this research is to examine the relationship between health promotion behavior and game addiction in adolescents. The universe of research is comprised of 1.535 students between 5th and 8th grades who attend education during 2021-2022 academic year in the classes of totally 6 public secondary schools of Directorate of Dalaman National Education located in the center of Dalaman district of Muğla Province. The sample was determined by the formula used when the universe was known, and a total of 340 students were sampled. In this research, 'Adolescent Health Promotion Scale' and 'Adolescent Game Addiction Scale' (Short Form) were used as data collection tools. Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis test, Spearman correlation analysis and multiple regression analyzes were used in the analysis of the data. A weak and negative correlation was found between adolescents' game addiction scale mean scores and health promotion behavior total mean score ($r_{\text{spearman}} = -0.257$, $p < 0.01$). Within the order of, health responsibility ($\beta = -0.204$), stress management ($\beta = 0.143$), having a chronic disease ($\beta = 0.133$), playing digital games 1-2 hours a day ($\beta = 0.116$), playing digital games 2-4 hours a day ($\beta = 0.142$), playing digital games for more than 4 hours a day ($\beta = 0.252$), forgetting to do homework while playing digital games ($\beta = 0.183$), feeling unhappy when unable to play digital games ($\beta = 0.221$) and feeling frustrated when unable to play digital games ($\beta = 0.303$) are determined as the factors that significantly affect game addiction. Knowing the factors affecting adolescents' health promotion behaviors and game addiction is very important for pediatric nurses to identify risky adolescents and take necessary precautions.

Keywords: Adolescent, Health Promotion, Game, Addiction.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Oyun.....	4
2.2. Dijital Oyun	4
2.3. Dijital Oyun Türleri	5
2.3.1. Aksiyon Oyunları.....	5
2.3.2. Macera Oyunları	5
2.3.3. Rol Yapma Oyunları	5
2.3.4. Simülasyon Oyunları	5
2.4. Oyun Bağımlılığı	6
2.4.1. Oyun Bağımlılığı Tanılama Kriterleri	7
2.5. Adölesan Dönem.....	8
2.5.1. Erken Adölesan Dönem	8
2.5.2. Orta Adölesan Dönem	8
2.5.3. Geç Adölesan Dönem	9
2.6. Sağlık	9
2.7. Sağlığı Geliştirme Davranışı.....	10
2.8. Adölesanlarda Sağlığı Geliştirme Davranışı.....	11
2.9. Adölesanlarda Sağlığı Geliştirme Davranışı İle Dijital Oyun Bağımlılığı Arasındaki İlişkide Hemşirenin Rolü	12
3. YÖNTEM	15
3.1. Araştırmanın Modeli.....	15
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	15
3.3. Veri Toplama Araçları	17
3.3.1. Adölesan Tanıtıcı Bilgi Formu	17
3.3.2. Adölesan Sağlığı Geliştirme Ölçeği	17

3.3.3. Ergenler İçin Oyun Bağımlılığı Ölçeği Kısa Formu (EİOBÖ).....	17
3.4. Veri Toplama Süreci.....	18
3.5. Deneysel Kurgu	18
3.6. İstatiksel Analiz	18
3.7. Etik Onay	19
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	19
4. BULGULAR.....	21
4.1. Demografik Özellikler	21
4.2. Adölesanların Oyun Bağımlılığına İlişkin Bulgular.....	23
4.3. Adölesanların Sağlığını Geliştirme Ölçeğine (ASGÖ) İlişkin Bulgular	26
4.4 Adölesanların Oyun Bağımlılığı İle Sağlığı Geliştirme Davranışları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular.....	30
5. TARTIŞMA.....	38
5.1. Adölesanların Oyun Bağımlılığına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	38
5.2. Adölesanların Sağlığını Geliştirme Davranışlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	41
5.3. Adölesanların Oyun Bağımlılığı ve Sağlığını Geliştirme Davranışları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması	43
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	50
6.1. Sonuçlar	50
6.2. Öneriler:	51
KAYNAKLAR	52
EKLER	61
Ek 1: ETİK KURUL ONAYI	61
Ek 2: KURUM İZİN ONAYI	62
Ek 3: FORMLAR (VERİ / KAYIT FORMLARI / ANKET FORMLARI / vb.).....	64
Ek 4: ÖZ GEÇMİŞ	66

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ASGÖ	: Adölesan Sağlığı Geliştirme Ölçeği
EİOBÖ	: Adölesanların Oyun Bağımlılığı Ölçeği
DSM-IV	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-IV
DSM-5	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
VIF	: Varyans Enflasyon Faktörü
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü



TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 3.1. Okullara Göre Tabakalı Rastgele Örneklem Yöntemi.....	16
Tablo 4.1. Adölesanların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı.....	21
Tablo 4.2. Adölesanların dijital oyun oynama özellikleri ve etkilerine göre dağılımları.....	22
Tablo 4.3. Ergenler için oyun bağımlılığı ölçeği (EİOBÖ) puan ortalamalarının dağılımı	23
Tablo 4.4. Adölesanların bazı tanıtıcı özelliklerine göre oyun bağımlılığı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	23
Tablo 4.5. Adölesanların dijital oyun oynama özelliklerine göre oyun bağımlılığı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	25
Tablo 4.6. Adölesanların Sağlığını Geliştirme Ölçeğine (ASGÖ) İlişkin Bulgular.	26
Tablo 4.7. Adölesanların bazı tanıtıcı özelliklerine göre adölesan sağlığını geliştirme ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	27
Tablo 4.8. Adölesanların dijital oyun oynama özelliklerine göre ASGÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.9. Adölesanların EİOB ve ASGÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların korelasyon analizi	33
Tablo 4.10. Adölesanların sağlığı geliştirme ölçeği alt boyutlarının oyun bağımlılığı ölçeğini yordama durumu	34
Tablo 4.11. Adölesanların sağlığı geliştirme ölçeği alt boyutlarının ve sosyo-demografik özelliklerinin oyun bağımlılığı ölçeğini yordama durumu	34
Tablo 4.12. Adölesanların sağlığı geliştirme ölçeği alt boyutlarının, sosyo-demografik özelliklerinin ve dijital oyun oynama davranışlarının oyun bağımlılığı ölçeğini yordama durumu	35

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütüne (WHO) göre sağlık; “sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içerisinde olmasıdır”. Sağlığın geliştirilmesi kavramı ise “kişilerin sağlıklarını geliştirmelerinin ve sağlıklarının belirleyicileri üzerinde kontrollerini artırmalarının olanaklı hale gelmesini sağlayacak süreç” olarak tanımlanabilir (Ercan vd., 2017). Sağlığın geliştirilmesi kavramının sağlık politikası alanında özel bir konu olarak ele alınması 1974 yıllarını bulmuştur. Bu tarihten itibaren sağlığı geliştirme, toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için sağlık politikalarında önemli bir strateji olmuştur. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve iyileştirmelerini sağlayan bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım, bireysel davranışa odaklanmanın ötesine geçerek geniş bir yelpazedeki potansiyel sosyal ve çevresel müdahalelere doğru ilerlemektedir (WHO, 2023).

Yapılan çalışmalar sağlığı geliştirme davranışlarını uygulamanın hastalık oluşumunu azalttığını ve ölüm oranını düşürdüğünü göstermektedir (Alshehri ve Mohamed, 2019; Chen vd., 2014; Nijhof vd., 2018; Santelli vd., 1998). Sonuç olarak, birçok toplum, sağlığın iyileştirilmesini bir yatırım olarak tanımlayarak ve yaşam tarzı değişikliklerini teşvik ederek sağlığın teşviki ve geliştirilmesine odaklanmıştır. Bu nedenle sağlığın geliştirilmesi WHO tarafından “Herkes için sağlık” politikasına ulaşmak için bir strateji olarak kabul edilmiştir (Sunarsih vd., 2020).

Adölesan dönemi, çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak tanımlanmaktadır. Bu dönem, fiziksel ve cinsel olarak hızlı büyüme ve gelişmenin yanı sıra ayrıca psikososyal gelişmeyle de karakterizedir. Yetişkinlikteki olumlu sağlık davranışları erken yaşlarda edinilen davranışlara bağlıdır. Bu yaş grubu gelişimsel özelliklerinden dolayı sağlık açısından risk taşımaktadır (Srof ve Velsor-Friedrich, 2006; WHO, 2023). Adölesan sağlığının teşviki ve geliştirilmesi konularına ilişkin araştırmalar belirgin bir şekilde artmış ve birey, aile ve toplum bağlamlarını içerecek şekilde genişletilmiştir (Martin vd., 2012). Adölesan sağlığı ile ilgili çalışmalar, hareketsiz yaşam şekilleri (yani, fiziksel aktivitenin azalması ve televizyon seyretmek, bilgisayar ekranının önünde oturmak veya bilgisayar oyunları oynamak için çok fazla zaman harcamak) ile gençlikte sağlık arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir (Ercan vd., 2017). Adölesanların

sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi ve yararlanabilmesi için sağlık durumu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi önem taşımaktadır (Temel vd., 2011). Adölesan sağlığını en çok etkileyen faktörlerden biri de adölesanın oyun tercihidir ve oyun bağımlılığının bulunma durumudur.

Oyun, çocuğun hayatı keşfettiği, akranlarıyla sosyal ortama katıldığı, yetenek ve bilgilerini yapılandığı bir faaliyettir ve gelişim dönemlerine ve ihtiyaçlarına uygun olarak çocukların oynadıkları oyun tercihleri değişim göstermektedir. Günümüz dünyasında çocuklar, sanal ortamlar, özellikle de dijital oyunlar aracılığıyla günlük hayattan mekânsal ve zamansal olarak uzaklaşmaktadır (Hazar vd., 2020). Teknolojik araçlara ulaşım kolaylığı arttıkça çocukların geçmiş yıllara kıyasla bilgisayar oyunlarına maruz kalmalarının daha erken yaşlarda başladığı, eğitim durumlarına göre ilkökulda öğrenim gören öğrencilerin bilgisayar oyunları ile tanışma yaşının lise öğrencilerine göre daha erken yaşta başladığı saptanmıştır (Mustafaoğlu vd., 2018; Yalçın ve Erdoğan, 2016).

Gençlerin bilgisayar oyunlarında harcadıkları süre arttıkça, başta kendi psikolojileri olmak üzere, aile, yakın çevre, okul performansı ve sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkilediği söylenebilir (Dinçer ve Kolan, 2020; Mustafaoğlu vd., 2018). Amerika’da ulusal bir örneği temsilen 8 ila 18 yaş arasındaki gençlerin %8,5 oranındaki video oyun kullanıcılarının aile, sosyal, okul veya psikolojik işleyişe zarar veren on bir semptomdan en az altısını sergileyerek tanımlanan patolojik oyun kalıpları sergilediğini gözlemlenmiştir (Anlı, 2018; Gentile, 2009). Türkiye’de yapılan araştırmaların sonuçlarına göre 7 ve 8. sınıf öğrencilerinin %6,2’sinin bilgisayar oyunu bağımlısı olduğunu göstermektedir (Dinçer ve Kolan, 2020). Sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarının geliştirilmesinde hemşirelerin rolü çok önemlidir. Riskli bir grup olan adölesan döneminde sağlığın geliştirilmesi ve oyun bağımlılığı konularında hemşirelerin düzenleyeceği eğitimler ile adölesanların sağlığı geliştirici davranışlarında artışlar sağlanabilir. Burada hemşirelerin eğitici, danışmanlık ve savunucu rolleri ön plandadır.

Sonuç olarak yapılan literatür taramasında adölesanların sağlığı geliştirme davranışı ve oyun bağımlılığı arasındaki ilişkinin incelenmesi ile ilgili pek fazla çalışmaya rastlanmamış ve bu konuda çocuk sağlığı hemşireliği alanında bir çalışma düzenlenmemiştir. Bu nedenle; adölesanların mevcut sağlık davranışları ve sağlığı

geliştirmek için neler yaptıkları ile son zamanlarda bağımlılık sınıflamasına girmekte olan oyun alışkanlıkları arasındaki ilişkinin incelenmesi ve oyun bağımlılığının sağlığı geliştirici davranışları ne derece kısıtladığının araştırılması planlanmıştır.

Bu araştırmanın temel amacı adölesanlarda sağlığı geliştirme davranışı ve oyun bağımlılığı arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Çalışmanın alt amacı ise adölesanların sağlığı geliştirme davranışı ve oyun bağımlılığını etkileyen faktörlerin incelenmesidir. Bu amaçlar doğrultusunda şu sorulara yanıt aranacaktır;

- Adölesanların sağlığı geliştirme davranışlarını nasıldır?
- Adölesanların oyun bağımlılığı düzeyleri nedir?
- Adölesanların sosyodemografik ve dijital oyun oynama özellikleri sağlığı geliştirme davranışlarını etkiler mi?
- Adölesanların sosyodemografik ve dijital oyun oynama özellikleri oyun bağımlılıklarını etkiler mi?
- Adölesanlarda sağlığı geliştirme davranışı ve oyun bağımlılığı arasındaki ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Oyun

Belli bir amaca yönelik olan veya olmayan, kurallı veya kuralsız gerçekleşen her durumda çocuğun isteyerek ve hoşlanarak yer aldığı fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal yönden gelişimini güçlendirdiği bir etkinliktir. Oyun hayatın bir parçasıdır ve çocuk için en etkin öğrenme sürecidir (Ünal, 2009). Oyun çocuk ve ergenlerin motor becerilerini geliştirmelerine ve davranışların olumlu ve olumsuz sonuçlarının neye yol açacağını öğrenmelerini sağlar (Nijhof vd., 2018). Oyun yapısı itibari ile yaratıcı, orijinal, yenilikçi ve hayal gücünü geliştiricidir. Çocuk oyunla hayal gücünü geliştirerek yeni bir düşünce ya da bilgi üretir. Aynı zamanda oyun çocuğun iç dünyasının aynasıdır. Oyun yoluyla birçok duygunun farkına varır ve kendini özgürce ifade edebilir (Pehlivan, 2016). Oyunlar altı temel yapıdadır bunlar; taklit edilerek oynanan oyunlar, yaratıcı beceriler kullanılarak oynanan oyunlar, macera oyunları, sokak oyunları, yapıcı ve yıkıcı oyunlar, hayal kurularak oynanan oyunlardır (Ünal, 2009).

2.2. Dijital Oyun

Oyun tarihi eskilere dayanan bir olgudur. Teknolojinin gelişmesi ve internet kullanımının yaygınlaşması ile oyunlar dijital ortamlarda oynanmaya başlanmıştır. Dijital oyunlar; video oyunları, bilgisayar oyunları, konsol oyunları olarak da nitelendirilebilirler. Dijital oyunlar bilgisayar, tablet, cep telefonu, oyun konsolu vb. birçok araçla oynanabildiği gibi türüne göre internete bağlı (online) veya internete bağlı olmayarak da oynanabilir (Horzum, Ayas ve Çakır, 2008). 1980'lerin ortasında tanışılan bilgisayar oyunları Türkiye'de yaygın olarak kullanılmaktadır (Binark ve Bayraktutan, 2011).

Teknolojinin gelişmesi ve çağın ilerlemesiyle sokak oyunlarının azalması çocuk ve ergenlerin dijital oyunlara yönelmesine sebep olmuştur. Özellikle online dijital oyunlarda mesajlaşmanın da kullanılması çocukların oyunu sosyalleşme aracı olarak kullanmalarına neden olmuştur (Kaya, 2022).

2.3. Dijital Oyun Türleri

Dijital oyunlar genel tabir ile cep telefonu, tablet, bilgisayar, oyun konsolu gibi dijital aletlerde oynanmakta ve klavye, mouse, kamera, mikrofon gibi araçların kullanımı ile de oyunlara yön verilmektedir. Son yıllarda sokak oyunlarına ilginin azalması ve ebeveynlerin çocuklarının güvenliklerini düşünmeleri dijital oyunlara ilgiyi arttırmıştır. Bu talep ve yoğunluğa karşılık olarak dijital oyun sektörü ve firmalar çeşitli türlerde oyunlar ortaya çıkarmıştır. Oyunları temaları ve oynanma şekillerine göre sınıflandırmak mümkündür (Uzunoğlu, 2021).

2.3.1. Aksiyon Oyunları

Bu tür oyunlarda el- göz koordinasyonunu ön plana çıkarır, fiziksel zorluklarla baş etmeyi temel alarak refleks davranışlarla oynanır. Bazı firmalar bu tarz oyunlarda iki boyut özelliği kullanarak oyunun belli bir platformda değişik görevdeki karakterlerle zıplama, atlama gibi görevlerle oyuna aksiyon katmakta ve oyunun oynanma potansiyelini arttırmayı hedeflemektedir.

2.3.2. Macera Oyunları

Araştırma, dedektiflik, bulmaca gibi konular etrafında temellenen oyunlardır. Belli bir olay örüntüsü ile oyunun kurgusu yapılır.

2.3.3. Rol Yapma Oyunları

Sanal karakterlerle oynanan kıyafet giydirme, makyaj oyunları gibi daha çok kız çocuklarına hitap eden oyunlardır.

2.3.4. Simülasyon Oyunları

Uzay ve savaş temelli oyunlardır. Üç boyut özelliği oyunlara gerçeklik algısı katmaktadır.

Bu oyunlar dışında ise taktik belirleyen strateji oyunları, puzzle-bulmaca oyunları, çok kişi ile oynanan grup oyunları (okey, tavla gibi), rekabet içeren yarış oyunları ve spor oyunları da vardır (Karaduman ve Acıyan, 2020).

2.4. Oyun Bağımlılığı

Bağımlılık: Zevk alınan madde kullanımı veya davranışların artarak tekrarlanması ve günlük hayat aktivitelerin aksatılmasına sebep olan biyopsikososyal bir bozukluktur. Bağımlılık olgusal ve maddesel olmak üzere iki çeşittir.

Olgusal Bağımlılık: İnsan- İlişki bağımlılığı, kumar bağımlılığı, yeme bağımlılığı, cinsel aktivite bağımlılığı, spor bağımlılığı, internet- sanal ortam bağımlılığı olarak gruplandırılmıştır.

Maddesel Bağımlılık: Alkol bağımlılığı, uyuşturucu madde bağımlılığı ve ilaç bağımlılığı olarak gruplandırılmıştır (Andiç ve Batigün, 2021; Petry vd.,2015).

Teknoloji geliştikçe oynanan sokak oyunları yerini video ve bilgisayar oyunlarına bırakmıştır. Çevrimiçi ve çevrim dışı oyunlar çocukların gelişimlerine olumlu ve olumsuz katkıda bulunmaktadır (Başdaş ve Özbey, 2020). Sosyalleşme, problem çözme, empati kurma, olumlu veya olumsuz durumlarda hızlı karar verebilme, sorumluluk kazanma ve ahlaki değerlerine katkıda bulunma gibi çeşitli faydalar sağlar. Ancak bu tarz oyunların fazla ve yanlış kullanımı çocukların derslerini aksatmalarına, akran grubuyla yüz yüze etkileşim kurmakta zorlanmalarına, çeşitli sağlık sorunlarına; fast-food tüketimde artışa bağlı obezite, kas iskelet sistemi hastalıkları, postür bozuklukları gibi birçok rahatsızlığa neden olur (Yalçın ve Erdoğan, 2016). Dijital oyunların kullanımının artması oyun bağımlılığı riskini de arttırmaktadır. Dijital oyun bağımlılığının en belirleyici özelliği sürekli olarak oyun oynamaktır. Burada çocuk sorumluluklarından kaçarak ona verilen görevleri gerçekleştirmez. Oyun ve gerçek hayatı içselleştirir ve oyunu gerçekmiş gibi yaşar. Ergenler teknolojiyi çok iyi kullanabildikleri için dijital oyun bağımlılığında ilk sırada risk altında olan gruptur. Porter ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları araştırmada dünya nüfusundaki ergenlerin oyun bağımlılığı prevalansını %15 olarak bulunmuşlardır (Porter vd., 2010).

Yalçın ve arkadaşları 2016 da yaptıkları bir araştırmada Türkiye'deki ergenlerin oyun bağımlılığı prevalansını %28.8 olarak belirlemişlerdir (Yalçın ve Erdoğan, 2016). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre her 10 kişiden 1'i oyun bağımlısıdır (WHO, 2023). İnternet kullanımının giderek artması sonucunda Goldberg 1996 yılında Mental

Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-IV (DSM-IV) madde kullanım bozukluğu için yer alan tanı kriterlerini ‘İnternet Bağımlılığı Bozukluğu’ tanı kriterleri olarak kullanılmasını önermiştir. Bu kriterler: Tolerans, geri çekilme, birey için önemli olan sosyal ve mesleki etkinliklerden uzak durma veya vazgeçmedir. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5 (DSM-5)’te ise bu bozukluğa ‘İnternet Oyun Oynama Bozukluğu’ olarak yer verilmiştir. Bu bozukluk türü DSM-5’in üçüncü bölümünde araştırmalarda kullanılmak için yayımlanmıştır. Böylece internet bağımlılığı ve internet oyun bağımlılığının farklı bağımlılık türleri olduğu ortaya konulmuştur (Andiç ve Batigün, 2021).

2.4.1. Oyun Bağımlılığı Tanılama Kriterleri

DSM-5’te internet oyun oynama bozukluğunu klinik olarak anlamlı bir bozulma olarak ele almış ancak ruhsal bir bozukluk olmadığını belirtmiştir. DSM-5’te internet oyun bağımlılığı 9 kriterle ele alınmıştır:

Zihinsel Meşguliyet: Sürekli dijital oyunlarını düşünme veya çeşitli obsesyonların olması

Geri Çekilme: Dijital oyunları oynanmadığında yoksunluk belirtileri gösterme. Örneğin; aşırı agresif olma, anksiyete, mutsuzluk, sinirlilik hali.

Tolerans: Oyun isteğinin artması ve oyun oynarken duyulan heyecan hissi nedeniyle oyun oynamak için harcanan sürenin artmasıdır.

Süreklilik: Dijital oyun oynamayı bırakmada başarısız olunması.

Yerine Geçme: Dijital oyunların daha önce keyif alarak yapılan etkinliklerin yerine geçmesi.

Sorunlar: Tüm problemlere rağmen dijital oyun oynamayı bırakmamak.

Yanıltma: Dijital oyun oynama süresi ve sıklığı konusunda yalan söyleme.

Kaçınma: Problemlerden kaçınmak için dijital oyunlara sığınmak.

Çatışma: Dijital oyun oynamaya bağlı olarak sosyal ilişkilerinde zayıflık, çatışma, önüne gelen fırsatları kaçıрма.

Bu dokuz tanı kriterlerinden tolerans ve geri çekilme en önemli alt boyutlardır bununla birlikte son bir yıl içinde bu dokuz tanı ölçütünden beşinin bireyde bulunması tanılayıcı olmaktadır (Andiç ve Batigün, 2021; Lacasse, 2014; Petry vd.,2015).

2.5. Adölesan Dönem

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre 10-19 yaş arasını kapsayan bir dönemdir. Adölesan dönem hızlı bir fiziksel gelişim, biyolojik gelişim ve beraberinde cinsel gelişim, psikososyal gelişim ile başlayan bireyin bağımsızlığını kazandığı bir süreçtir. Aynı zamanda adölesan dönem çocukluktan erişkinliğe geçiş olarak da tanımlanır. Bu dönem insan yaşamının ikinci on yılında başlar kısa bir süreç olarak tanımlanır ancak yetişkinliğin temellerinin atıldığı bir dönem olması nedeni ile de çok önemlidir (Civelek, 2019). Sawyer ve arkadaşlarının 2018'de yapmış oldukları bir çalışma ise ergenlik yaşının 10-19 olmasından ziyade 10-24 yaş olmasının ergen büyümesine ve bu yaşam evresinin popüler anlayışa daha yakın olduğunu ileri sürmektedirler (Altay, Cabar ve Altay, 2018; Sawyer vd., 2018).

Adölesan dönem erken, orta ve geç adölesan dönem olmak üzere üçe ayrılmıştır.

2.5.1. Erken Adölesan Dönem

10-14 yaşları arasındadır. Bu dönemde fiziksel ve davranışsal gelişme çok hızlıdır. Kızların büyüme ve cinsel gelişimi erkeklere göre daha hızlı gelişir. Erken büyüme erkeklere oranla kızları psikolojik olarak daha çok yorar ve kızlarda anksiyete, yeme bozuklukları, depresyon görülebilir. Bu dönemde arkadaş ilişkiler ön plandadır ve adölesan hemcinsleri ile daha çok vakit geçirilir (Derman, 2008).

2.5.2. Orta Adölesan Dönem

15-17 yaş arasındadır. Bu dönemde adölesan bedenine alışmaya başlar ve her şeye gücünün yetebileceğine inanır bu nedenle bu dönem daha risklidir. Bağımsızlık duygusu en üst noktadadır. Anne babadan ayrılarak bunu ailesine kabul ettirmeye çalışır. Bağımlılık bağımsızlık mücadelesi nedeniyle adölesan bu dönemde kendisi ile çatışır (Sawyer vd., 2018).

2.5.3. Geç Adölesan Dönem

18- 21 yaş arasındır. Bu dönemde adölesan kendini topluma ait hisseder. Büyüme gelişmesi tamamlanmıştır. Kimlik duygusunun kazanılmaya başlaması ebeveyn-çocuk arasında çatışmalara yol açabilir. Cinsel, toplumsal, mesleki gelişimini tamamlamamış olan adölesan kimlik kargaşasına düşebilir (Sağlan ve Bilge, 2018).

2.6. Sağlık

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık: “sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” (Erkoç ve Göçmen, 2011). Sağlık evrensel bir kavramdır. Tüm toplumlarda iyi olma, hasta olmama anlamına gelmektedir. Sağlıklı yaşam biçimine erişim ve sağlık hizmetlerinden yararlanma her toplumda eşit olmalıdır (Wang, 2016). Bu sayede sağlıklı bireyler ve özellikle sağlıklı adölesanlar yetişebilir. Ülkemizde 1961 Anayasa'sında sağlıklı yaşama ilk kez değinilmiştir. 1982 Anayasası'nda ise herkesin sağlıklı yaşama maddi ve manevi olarak erişiminin sağlanmasından bahsedilmiştir (Bebiş vd., 2015). Sağlık kavramı çeşitli şekillerde algılanır ve tanımlanabilir. 19. yüzyılda sağlık iş yapabilme kapasitesi iken 20. yüzyılda “sağlık fiziksel, ruhsal ve sosyal tam bir iyilik hali” olarak tanımlanarak birey odaklı hale gelmiştir. 1978'de Alma Ata bildirgesi ile ‘Temel Sağlık Hizmetleri’ Dünya Sağlık Örgütü'ne üye ülkeler tarafından onaylanmış ve Uluslararası Sağlık Sözleşmesi kabul edilmiştir. 1985 yılında ise “2000 Yılında Herkes İçin Sağlık” hedefiyle 38 madde yayınlanmış ve bu maddeler “21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık” temel hedefine dönüşmüştür. WHO sağlığı tanımlarken belli ana konuları öncü olarak görmüştür. Bunlar bireyi bütüncül olarak ele almak, temel ihtiyaçların farkına varmak, çevresel değişkenlere uyum sağlama düzeyini saptamak, basit gereksinimleri fark etmek sadece hastalık durumunda değil her koşulda bireye yaklaşımdır (Hilli ve Pedersen, 2021; Kelly, 2007; WHO, 2023).

Sağlık hemşireliğin ve hastaya yaklaşımın temelidir. Hemşirelik kuramcıları tarafından sağlık çeşitli şekilde tanımlanmıştır.

Florence Nightingale, sağlığı “iyi olma ve potansiyelini kullanma” olarak tanımlamıştır. Nightingale, kişinin var olan potansiyelini üst düzeyde kullanarak sağlığa ulaşabileceğini belirtmiştir.

Dorethea E. Orem, sağlığı “bireyin bedensel, fiziksel ve işlevsel olarak tam bir bütünlük hali içinde olması” olarak tanımlamıştır.

Virginia Henderson, sağlığı 14 bileşen ile açıklamış ve bireyin 14 bileşeni bağımsızca yapabilme yeteneğini sağlıklı olma olarak tanımlamıştır.

Joyce Travelbee, sağlığı subjektif ve objektif sağlık olarak ikiye ayırmıştır. Subjektif sağlık bireyin kendini sağlıklı olarak düşünme algısıdır. Buna göre birey hasta olduğu halde sağlıklı hissedebilir veya sağlıklı olduğu halde hasta hissedebilir. Objektif sağlık ise uzman kişilerce yapılan muayene laboratuvar bulguları sonucunda hastalığın bulunmaması durumu sağlık olarak tanımlanır (Hilli ve Pedersen, 2021; Kelly, 2007; Ünsal, 2017; Yesilot, 2016).

2.7. Sağlığı Geliştirme Davranışı

1986 Birinci Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı Kanada Ottawa’da düzenlenmiş ve bu konferansta sağlığı geliştirmeyi daha geniş bir kapsamda ele alarak Ottawa Bildirgesi yayınlanmıştır. Bu bildirge ile sağlıkta bireysel, sosyal ve ekonomik açıdan verimli bir hayat geçirilmesi hedeflenmiştir. Sağlık bir amaç değil bireyin yaşamını sürdürmesi için gerekli olan bir kaynaktır. Sağlığın geliştirilmesi yalnızca hastalıkların önlenmesi değildir, yüksek standartlı ve kaliteli bir hayat için de gereklidir (Farre vd., 2018; Oyr vd., 2009; Srof ve Velsor-Friedrich, 2006). Bu ihtiyaç sonucunda çeşitli sağlığı geliştirme programları düzenlenmiştir. Sağlığı geliştirme üç koruma yöntemi ile yapılmaktadır.

Birincil Koruma: Hastalıkların oluşumundan önce bireyi takip etmek ve sağlık durumunun devamlılığını sağlamaktır.

İkincil Koruma: Sağlıksız kararlar veren bireyleri veya hastalığın başlangıcında olan bireylerin kötü davranışlarını değiştirmeyi hedeflemektedir. Örneğin sigara içen bir birey için sigara bırakma programları, fazla kilolu bireyler için beslenme ve egzersiz programları verilebilmektedir.

Üçüncül Koruma: Kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesini yükseltmeyi hedeflemektedir (Cabir, 2019; Haspolat ve Aktar, 2016).

Sağlığı geliştirme programları yaşamın her döneminde çok önemlidir. Ancak adölesan dönem bireyin çocukluktan yetişkinliğe adım attığı bir köprü evresi olması nedeniyle sağlıklı nesillerin devamı ve sağlıklı bir yetişkinlik için bu dönemde uygulanacak programlar daha ön planda olmalıdır (Kassebaum vd., 2019; Sapthiang vd., 2020).

2.8. Adölesanlarda Sağlığı Geliştirme Davranışı

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre dünya nüfusunun yaklaşık 6'da 1'ini adölesanlar oluşturmaktadır. Adölesan dönem bireyin fiziksel, psikososyal ve ruhsal yönden büyüme ve olgunlaşmasının yaşandığı ve bireyin bu dönemdeki sağlık sorunlarının yetişkinlikte de devam edeceğinden dolayı önemli bir dönemdir. Bu nedenle adölesan dönemde sağlığı geliştirme davranışı ön plana çıkmaktadır (Çakır, 2021; Yıldırım ve Arslan, 2021).

Gelişen teknoloji, sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı ve internetin olumlu kullanımına bağlı olarak sağlık eğitimlerine ulaşmadaki kolaylıklar sağlığı geliştirmeye olumlu katkılar sağlarken; stres, sağlıksız yaşam koşulları, çeşitli bağımlılıklar ve çeşitli ekonomik güçlükler ise sağlığın gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir (Erkoç ve Göçmen, 2011; Kassebaum vd., 2017). Dünya Sağlık Örgütü hastalıklarla mücadele etmek ve önlemek, sağlığı geliştirme davranışını desteklemek amaçlı birçok girişimde bulunmaktadır. Tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin daha da ötesinde olan bu anlayışa 'Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi- Health Promotion' denilmektedir. Bu anlayışa göre hastalıkları tedavi etmekten önce hastalıklara karşı koruma ve mücadeleyi halka öğretme ve bilinçlendirme çalışmaları esas alınmaktadır (Alshehri ve Mohamed, 2019; Nijhof vd., 2018; WHO, 2023). Sağlıklı yaşam ve sağlığın sürdürülmesi kavramı birey ve toplum sağlığının gelişmesi açısından son dönemlerde sıkça ele alınan bir konu olmuştur. Sağlıklı yaşam davranışı kazanma ve bunu alışkanlık haline getirme çocukluktan yetişkinliğe kadar bütün halinde korunması gereken bir olgudur. Özellikle kimlik kazanımının ön planda olduğu adölesan dönemde sağlıklı yaşam davranışları bireyin tüm yaşamına ve sonraki nesillere aktaracağı sağlık davranışları nedeniyle daha önemlidir (Sunarsih vd., 2020).

Adölesan dönem bireyin yeni bir kimlik kazandığı, büyüme gelişmesinin hızlandığı ve sonucunda tamamlandığı kompleks bir süreçtir. Adölesan dönemde bireyin

içinde bulunduğu ruh hali, aile yapısı, akran grupları ve birçok etken adölesanın sağlık durumunu etkilemektedir. Genel olarak bakıldığında adölesan grubu sağlıklı birey olarak ele alınmaktadır ancak adölesanın bulunduğu ruh hali, yeme alışkanlığı, zararlı alışkanlıklarının olup olmaması, riskli aktivitelere yönelmesi ve daha birçok etken adölesanın tehlikeli bir grup olduğunu göstermektedir (Temel vd., 2011; Lestari vd., 2019; Santelli vd., 1998).

Adölesan dönemde hastalık ve sakatlığın en sık sebepleri; depresyon, anksiyete, trafik kazaları, kendine zarar verme, cinsel yolla bulaşan hastalıklardır (Yıldırım ve Arslan, 2021).

Adölesan dönemde sağlıklı yaşam tarzını benimsetmek ve teşvik etmek için yalnızca adölesanı ele almak yeterli olmaz. Aile, okul, akran, toplum temelli iyileştirmeler adölesan sağlığında etkili olacaktır. Bu yüzden adölesan dönemde Dünya Sağlık Örgütü politikacıları tarafından çeşitli eğitimler planlanmakta ve bu yaş grubu bireylere sağlıklı yaşam biçimleri aşılanmaktadır. Özellikle sağlıklı beslenme davranışları ve yaşam tarzı aşılama, obezite, sedanter yaşamdan uzak durma, zararlı alışkanlıklarla mücadele etme, bulaşıcı veya bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele, ergen gebeliği, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, adölesan kazaları, hijyen eğitimleri, bağımlılıkla mücadele etme, ilişki ve ebeveyn eğitimi gibi birçok eğitim WHO sitesinde bulunmaktadır. Bununla birlikte adölesanlara sağlığı geliştirme davranışı eğitimlerinde hemşirelerin rolü ön plandadır. Halk sağlığı merkezlerinde çalışan hemşireler, okul hemşireleri sağlığı geliştirme ve sağlıklı yaşam biçimleri ile ilgili çeşitli eğitimler verebilir (Martin vd., 2012; Santelli vd., 1998).

2.9. Adölesanlarda Sağlığı Geliştirme Davranışı İle Dijital Oyun Bağımlılığı Arasındaki İlişkide Hemşirenin Rolü

Adölesan dönem bireyin kimlik kazanımının sağlandığı ve adölesanın kendi kimlik arayışına girdiği bir dönemdir. Bu dönemde adölesanlar sağlıklı yaşam davranışını benimseyerek sağlıklı bir yetişkin olabilir. Aynı zamanda fiziksel, psikolojik ve sosyal değişim yaşayan adölesan kötü alışkanlıklara sahip olmaya da elverişlidir. Çeşitli yaralanmalar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve çeşitli bağımlılıklar bu dönemde çok artmaktadır. Dijital oyun bağımlılığı adölesan döneminde sıkça rastlanan bağımlılık

türüdür. Dijital oyun başında geçirilen sürenin artması sosyal ve akademik hayatta başarısızlıkla sonuçlanmaktadır (Dolgun, İnal ve.Uğurlu, 2011).

Adölesan dönemde sağlıklı yaşam davranışını benimsetme ve oyun bağımlılığı ile mücadelede hemşirelerin rolü çok büyüktür. Hemşireler toplumun tüm kesimine yönelik ve bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye odaklanan sağlık profesyonelleridir. Hemşirelerin görevleri bireyin sağlığını koruma ve geliştirme için gerekli eğitimler düzenlemek ve onları bilgilendirmektir (Chen vd., 2014; Kassebaum vd., 2019).

Adölesan dönemde çocuk- ergen ruh sağlığı hemşireleri, okul sağlığı hemşireleri ve halk sağlığı hemşireleri olmak üzere pek çok profesyonel tarafından destekler verilebilir. Okul sağlığı hemşireleri adölesanı okulda destekleyerek sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirir ve çeşitli sağlık taramaları yaparak adölesanı değerlendirir. Aynı zamanda oyun bağımlılığı ve çeşitli zararlı alışkanlıklara karşı adölesanı bilinçlendirir.

Halk sağlığı hemşireleri ise çeşitli taramalar ile adölesanı değerlendirerek okul sağlığı hemşireleri ile iş birliği içerisinde sağlık eğitimleri düzenleyebilir.

Çocuk-ergen ruh sağlığı hemşireleri ise adölesanın psikososyal sorunlarını tanımlayıp buna göre adölesanı destekler. Adölesanı bireysel, çevresel, sosyal açıdan değerlendirir, adölesanın ihtiyacına göre yüzyüze veya grup toplantıları düzenler. Bağımlılıkla mücadele ve adölesanların psikolojik durumları stres algıları, beslenme-yeme bozuklukları ile ilgili eğitimler düzenler, adölesanı çocuk-ergen ruh sağlığı polikliniğine davet ederek uzman doktor eşliğinde tedavi ve takibini düzenler (Yılmaz ve Türkleş, 2015).

Sonuç olarak hemşireler adölesanların sağlıklı yaşam algısı, stres yönetimi, beslenme alışkanlıkları, sosyal destek algısı, sağlık sorumluluğu, sağlık okuryazarlığı, egzersiz yapma durumlarını değerlendirerek sağlığı geliştirme davranışlarını ölçebilir. Aynı zamanda adölesanların dijital oyun oynama süreleri, oyun oynarken günlük aktivitelerini aksatma durumları ve okul başarısını etkileme durumlarını değerlendirmelidir. Dijital oyun oynama düzeyleri sağlığı geliştirmede olumsuz etkilere

sebeplabileceğinden çeşitli eğitimler planlamalı ve ebeveynler ile iletişimde bulunarak adölesan sağlığının geliştirilmesinde katkı sağlamalıdır (Choi vd., 2018; Chuang, 2006).



3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, adölesanların dijital oyun bağımlılığı ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi temel amacıyla kesitsel, karşılaştırılmalı, korelasyonel tanımlayıcı modelde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma Muğla İli Dalaman İlçe Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı Dalaman ilçe merkezinde bulunan toplam altı kamu ortaokulunda; Atatürk Ortaokulu, Atakent Ortaokulu, Cumhuriyet Ortaokulu, Çiftlik Ortaokulu, Şehit Mehmet Akif Sancar İmam Hatip Ortaokulu, Karaçalı Ortaokulunda Ocak 2022-Ocak 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini 6 kamu ortaokulunun 2021-2022 eğitim-öğretim yılında 5.6.7.8. sınıflarında eğitim gören 1535 öğrenci oluşturmaktadır. Evreni bilinen örneklem hesabına göre; örneklem büyüklüğü %5 kabul edilebilir hata, %95 güven düzeyi ile 307 adölesan olarak hesaplanmıştır. Evreni bilinen örneklem formülü aşağıdaki gibidir.

Formül 1. Bilinen evrene göre örneklem büyüklüğü hesaplama formülü

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2 (N - 1) + t^2 pq}$$

N= Evrendeki birey sayısı

n= Örneklem alınacak birey sayısı

p= İncelenecek olayın görülüş sıklığı (olasılığı) ki çalışmada 0,5 alınmıştır

q= İncelenecek olayın görülmeysi sıklığı (1-p)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer. Çalışmada 1,96 alınmıştır.

d= Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen ± sapma olarak simgelenmiştir

Araştırmanın gücünü artırmak, hatalı ve eksik bilgi almayı önlemek amacıyla örneklem sayısı %10 arttırılarak 340 adölesana ulaşılması hedeflenmiştir. Öğrencilerin

homojen dağılımını sağlayabilmek için okullara göre tabakalı rastgele örnekleme yöntemi kullanılmış, Adölesanlar gelişigüzel örnekleme yöntemiyle seçilmiştir.

Tablo 3.1. Okullara Göre Tabakalı Rastgele Örnekleme Yöntemi

Okullar (Evren)	Öğrenci Sayısı (N)	Tabaka Ağırlığı	Örnekleme Öğrenci Sayısı	Girecek
Atatürk Ortaokulu	328	$328/1535=0.21$	$0.21 \times 340=72$	
Atakent Ortaokulu	163	$163/1535=0.10$	$0.10 \times 340=34$	
Cumhuriyet Ortaokulu	629	$629/1535=0.40$	$0.40 \times 340=136$	
Çiftlik Ortaokulu	215	$215/1535=0.14$	$0.14 \times 340=48$	
Şehit Mehmet Akif Sancar İmam Hatip Ortaokulu	91	$91/1535=0.05$	$0.05 \times 340=17$	
Karaçalı Ortaokulu	109	$109/1535=0.07$	$0.07 \times 340=24$	
Toplam	1534		331	

Katılımcıların araştırmaya dâhil edilme kriterleri:

- 1.Türkçe okuyup yazabilen,
- 2.Dalaman ilçe merkezinde bulunan çalışmanın yapılacağı ortaokulların 5.6.7.8. sınıflarında öğrenim gören,
- 3.Çalışmaya katılmayı kabul eden ve ebeveynin onam verdiği öğrenciler araştırmaya dahil edilmiştir.

Katılımcıların araştırmadan dışlanma kriterleri:

- 1.Türkçe okuma yazma bilmeyen,
2. Çalışmaya katılmayı reddeden,
- 3.Eksik anketler araştırmadan dışlanmıştır.

Araştırmanın temel amacı için bağımlı değişken adölesanların oyun bağımlılığı ölçeği puan ortalamasıdır. Bağımsız değişken ise adölesanların sağlığı geliştirme davranışları ölçeği puan ortalamasıdır. Araştırmanın alt amacı için adölesanların oyun bağımlılığı ölçeği ve sağlığı geliştirme davranışları ölçeği puan ortalaması araştırmanın bağımlı değişkenlerini; adölesanın yaşı, cinsiyeti, sınıfı, ebeveyn eğitim durumu, ailenin ekonomik durumu, kardeş sayısı, kronik hastalık varlığı, sosyal güvencesi, dijital oyun oynama durumu ve süresi ise bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak ‘Adölesan Tanıtıcı Bilgi Formu’ (Ek-3) “Adölesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği’ (Ek-3) ve ‘Ergenler İçin Oyun Bağımlılığı Ölçeği (Kısa Form)’ (Ek-3) kullanılmıştır.

3.3.1. Adölesan Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlan soru formu 14 sorudan oluşmaktadır. Adölesanın yaşı, cinsiyeti, kaçınıcı sınıfta olduğu, herhangi bir hastalığının bulunma durumu, oyun alışkanlığı ailenin eğitim ve gelir düzeyi şeklinde sorular içermektedir.

3.3.2. Adölesan Sağlığı Geliştirme Ölçeği

Chen ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilen ölçek 5'li likert tipte bir ölçektir. Ölçeğin ilk hali 66 sorudan oluşmakta olup, daha sonra tekrar değerlendirilerek ölçek 40 soruluk hale getirilmiştir. Orijinal ölçeğin cronbach alfa değeri 0.93 bulunmuştur. Adölesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği, Bayık Temel ve arkadaşları (Temel vd., 2011) tarafından hazırlanmıştır. Adölesan sağlığının geliştirilmesine yönelik kullanılan ölçek 6 faktör 40 maddeden oluşmaktadır: Sosyal destek (4 soru: 7,8,9,13), yaşam takdiri (10 soru:14,17,20,25,26,27,29,34,39,40), sağlık sorumluluğu (16 soru: 2,3,4,10,11,12,15,16,18,19,21,22,23,24,28,38), stres yönetimi (3 soru: 35,36,37), beslenme davranışları (3 soru:1,5,6) ve egzersiz (4 soru: 30,31,32,33). Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.93 olup, altı alt boyutların cronbach alpha katsayıları sırasıyla 0.60, 0.74, 0.71, 0.67, 0.51 ve 0.50 arasında bulunmuştur. Ölçekte yer alan soruların yanıtları beş kategoride incelenmektedir (hiçbir zaman, nadiren, bazen, genellikle, her zaman) bu cevaplar da 1'den 5'e kadar puanlandırılmıştır. En düşük 40, en yüksek 200 puan olarak hesaplanmıştır. Alınan puanın artması sağlığı geliştiren davranışların uygulanma düzeylerinin de arttığını gösterir.

3.3.3. Ergenler İçin Oyun Bağımlılığı Ölçeği Kısa Formu (EİOBÖ)

Oyun Bağımlılığı Ölçeği Lemmens, Valkenburg ve Peter (2009) tarafından geliştirilen ölçek Ilgaz (2015) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek 21 madde ve 7 faktörden oluşmaktadır. 5'li likert yapıda bir ölçektir. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .92 olarak bulunmuştur. Ölçeğin kısa formu Gazanfer Anlı ve İbrahim Taş tarafından hazırlanmıştır. Tek faktör 9 maddeden oluşmaktadır. 5'li Likert tiptedir. Ölçekte yer alan soruların yanıtları beş kategoride incelenmektedir (hiçbir zaman,

nadiren, bazen, genellikle, her zaman) bu cevaplar da 1'den 5'e kadar puanlandırılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .81 olarak bulunmuştur. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınacak en düşük puan 9 en yüksek puan ise 45'tir. Ölçekten alınan puan arttıkça oyun bağımlılığı riski de artmaktadır (İlgaz, 2015).

3.4. Veri Toplama Süreci

Veriler 15 Şubat 2022- 15 Haziran 2022 tarihleri arasında, etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra Muğla ili Dalaman ilçesi ortaokullarında ders işleyişini bozmayacak şekilde okul yöneticilerinin önerileri doğrultusunda öğrencilere gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra araştırmacı Esra Koçak ŞAHİN tarafından toplanmıştır. Anketlerin yanıtlanma süresi 10-15 dakika olup sınıf ortamında yüz yüze olarak araştırmacı tarafından toplanmıştır. Öğrencilerin anlamadıkları sorular konusunda araştırmacıya soru sorabileceği ve anket formunun nasıl doldurulması gerektiği konusunda öğrencilere açıklama yapılmıştır. Ölçek sorularına doğru cevap vermenin araştırma açısından önemli olduğu, ölçeği yanıtlamak için zamanlarının olduğu öğrencilere açıklanmıştır.

3.5. Deneysel Kurgu

Bu araştırmada katılımcılara herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Var olan problemlerin saptanması amacıyla tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır.

3.6. İstatiksel Analiz

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 22 (IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.) istatistik programında analiz edilmiştir. Ölçekler ve alt boyutları ile her bir değişkenin normalliği Shapiro-Wilk testi ile karşılaştırılmıştır. Shapiro-Wilk testi sonucunda $p < 0.05$ ise, sürekli değişkenlerle iki kategorili değişkenlerde Mann-Whitney U testi, $p > 0.05$ ise t testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerle, üç ve üzeri kategorili değişkenlerde Shapiro-Wilk testi $p < 0.05$ ise Kruskal Wallis testi, $p > 0.05$ ise tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizinde varyansların homojenliği Levene testi ile kontrol edilmiştir. İleri analizlerde varyanslar homojen ise Bonferroni, homojen değilse Games-howell analizi kullanılmıştır. Homojen dağılımlarda F değeri, homojen olmayan dağılımlarda Welch F değeri verilmiştir. Oyun bağımlılığı ve sağlığı geliştirme ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında normal dağılıma uymadığı için Spearman korelasyon analizi

kullanılmıştır. Çoklu regresyon analizlerinde gözlemlerin varlığı Durbin-Watson değeri ile değerlendirilmiştir. Hataların normal dağılımı için histograma bakılmıştır. Çoklu bağlantı bulunup bulunmadığı VIF ve tolerance değeri ile değerlendirilmiştir. Uç değerlerin kontrolü için Cook Distance değeri kontrol edilmiştir. Tüm analizlerde $p < 0.05$ ise anlamlı kabul edilmiştir.

Adölesan sağlığı geliştirme ölçeği alt boyutlarının oyun bağımlılığını yordaması üç farklı modelde değerlendirilmiştir. Model 1'e göre sağlığı geliştirme ölçeği alt boyutlarının oyun bağımlılığını yordaması değerlendirilmiştir. Model 2'ye göre sağlığı geliştirme ölçeği alt boyutlarının ve yaş, cinsiyet, sınıf, anne ve baba eğitim durumu, gelir durumu, kardeş sayısı, kronik hastalığa sahip olma, sosyal güvence olma durumu ve sağlığın subjektif olarak değerlendirilmesinin oyun bağımlılığını yordamasına bakılmıştır. Model 3'e göre sağlığı geliştirme ölçeği alt boyutlarının ve yaş, cinsiyet, sınıf, anne- baba eğitim düzeyi, gelir durumu, kardeş sayısı, kronik hastalığa sahip olma, sosyal güvence olma durumu, sağlığın subjektif olarak değerlendirilmesi, dijital oyun oynama, günlük oyun oynama süresi, oyun oynarken ödevini yapmayı unutma ve dijital oyun oynayamadığında duygu durumunun oyun bağımlılığını yordamasına bakılmıştır.

3.7. Etik Onay

Araştırmanın uygulanabilmesi için Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Araştırma, Yarışma ve Sosyal Etkinlik (MEB AYSE)'ten gerekli izinler alınmıştır. Çalışma öncesi adölesanlardan onay, velilerinden aydınlatılmış onam alınmıştır. Çalışmada kullanılacak olan ölçekler için Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını yapan bireylerden kullanım izni alınmıştır. Araştırma kapsamındaki öğrencilerin haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce velilerden onam alınmış ve "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi, araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlerin alınması ile de "Özerkliğe Saygı" ilkesini içeren etik ilkeler yerine getirilerek onam alınmıştır. Çalışma süresince İnsan Hakları Helsinki Bildirgesi'ne sadık kalınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmada evrenin tümüne ulaşamayacağı için örneklem seçimi yöntemine gidilmiştir. Muğla ili Dalaman ilçesindeki ortaöğretim okulları tabakalama yöntemiyle

seçilmiştir. Araştırmada elde edilen bulgular, kullanılan ölçeklere verilen cevaplarla sınırlıdır.



4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları adölesanların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular, adölesanların oyun bağımlılığına ilişkin bulgular, adölesanların sağlığı geliştirme davranışlarına ilişkin bulgular ve adölesanların oyun bağımlılığı ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular olmak üzere dört başlık altında incelenmiştir.

4.1. Demografik Özellikler

Adölesanların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Adölesanların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

Bazı tanıtıcı özellikler	N	%
Yaş		
10	18	5.1
11	66	18.7
12	84	23.8
13	102	28.9
14 ve üzeri	83	23.5
Cinsiyet		
Kız	174	49.3
Erkek	179	50.7
Sınıf		
5	96	27.2
6	64	18.2
7	100	28.3
8	93	26.3
Anne eğitim durumu		
İlkokul	161	45.6
Lise	115	32.6
Üniversite	77	21.8
Baba eğitim durumu		
İlkokul	125	35.4
Lise	132	37.4
Üniversite	96	27.2
Ekonomik durum		
Gelir giderden fazla	104	29.5
Gelir gidere eşit	208	58.9
Gelir giderden az	41	11.6
Kardeş sayısı		
Kardeşi yok	27	7.6
Bir kardeş	169	47.9
İki ve üzeri	157	44.5
Kronik hastalığı olma		
Evet	41	11.6
Hayır	312	88.4

Tablo 4.1. (Devam) Adölesanların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

Bazı tanıtıcı özellikler	N	%
Sosyal güvence olma		
Evet	299	84.7
Hayır	54	15.3
Sağlığını subjektif değerlendirme		
İyi	245	69.4
Orta	101	28.6
Kötü	7	2.0
Toplam	353	100.0

Öğrencilerin %28.9'u 13 yaşında, %5.1'i 10 yaşında olup, adölesanların yaş ortalamaları 12.4 ± 1.8 'dir. Adölesanların %49.3'ü kız, %28.3'ü yedinci sınıfta okumaktadır. Annesi üniversite mezunu olan öğrenci oranı %21.8, babası üniversite mezunu olan %27.2'dir. Öğrencilerin %58.9'unun geliri giderine eşittir. Bir kardeşe sahip öğrenci oranı %47.9'dur. Öğrencilerin %11.9'unun kronik hastalığı vardır. Sağlığını iyi olarak değerlendiren öğrenci oranı %69.4'tür.

Adölesanların dijital oyun oynama ve dijital oyunun yaşamları üzerindeki etkilerine göre dağılımları Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Adölesanların dijital oyun oynama özellikleri ve etkilerine göre dağılımları

Dijital oyun özellikleri	N	%
Dijital oyun oynama süresi*		
Bir saatten az	95	30.8
1-2 saat	90	29.2
2-4 saat	45	14.6
4 saat üzeri	78	25.3
Dijital oyun oynarken ödevi unutma*		
Evet	114	37.0
Hayır	194	63.0
Ödev unutma sayısı**		
4 ve altı	56	49.1
5 ve üzeri	58	50.9
Dijital oyun oynayamadığında duygu durumu		
Endişeli-mutsuz	43	12.2
Oyun oynamayı özleme	67	19.0
Sinirli	47	13.3
Sakin	196	55.5
Toplam	353	100.0

* Dijital oyun oynamayanlar analize alınmadı. ** Dijital oyun oynamayanlar ve dijital oyun oynarken ödevi unutmayanlar analize alınmadı.

Öğrencilerin %30.8'i günde bir saatten az, %25.3'ü günde 4 saatten fazla dijital oyun oynadıklarını belirtmiştir. Dijital oyun oynarken ödev yapmayı unutan öğrenci oranı %37.0'dır. Unutulan ödev sayısı 3.9 ± 1.8 'dir. Dijital oyun oynayamadığında öğrencilerin %12.2'si endişeli-mutsuz, %13.3'ü sinirli, %55.5'i sakin olduğunu, %19.0'ı oyun oynamayı özlediğini belirtmiştir.

4.2. Adölesanların Oyun Bağımlılığına İlişkin Bulgular

Ergenler için oyun bağımlılığı ölçeği (EİOBÖ) puan ortalamaların dağılımı Tablo 4.3.'te verilmiştir.

Tablo 4.3. Ergenler için oyun bağımlılığı ölçeği (EİOBÖ) puan ortalamalarının dağılımı

Ölçekler	$\bar{X} \pm Ss$	Min-mak	Ölçekten alınabilecek min ve mak değer	Cronbach Alfa
Oyun bağımlılığı ölçeği	18.2 ± 5.3	9-40	9-45	0.77

Adölesanların oyun bağımlılığı ölçeği puan ortalaması 18.2 ± 5.3 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek minimum ve maksimum puanın 9-45 olduğu düşünüldüğünde, örnekleme alınan adölesanların oyun bağımlılıklarının düşük-orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Adölesanların bazı tanıtıcı özelliklerine göre oyun bağımlılığı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4. Adölesanların bazı tanıtıcı özelliklerine göre oyun bağımlılığı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler/Ölçek puan ortalamaları	N	Oyun bağımlılığı ölçeği $\bar{X} \pm Ss$	Test ve p değeri
Yaş			
10	18	18.9 ± 6.3^a	$X^2=13.404$ $p=0.009^*$
11	66	16.7 ± 5.7^b	
12	84	19.3 ± 6.9^c	
13	102	19.0 ± 6.2^d	
14 ve üzeri	83	17.0 ± 6.8^e	
Cinsiyet			
Kadın	174	18.4 ± 7.0	$U=15441.500$ $p=0.891$
Erkek	179	18.0 ± 6.0	

Tablo 4.4. (Devam) Adölesanların bazı tanıtıcı özelliklerine göre oyun bağımlılığı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler/Ölçek puan ortalamaları	N	Oyun bağımlılığı ölçeği $\bar{X} \pm Ss$	Test ve p değeri
Sınıf			
5	96	17.6±6.0	$X^2=2.138$ $p=0.544$
6	64	18.6±7.0	
7	100	18.7±6.3	
8	93	17.9±6.9	
Anne eğitim durumu			
İlkokul	161	17.7±6.2	$X^2=1.150$ $p=0.563$
Lise	115	18.6±6.9	
Üniversite	77	18.4±6.5	
Baba eğitim durumu			
İlkokul	125	17.2±5.4	$X^2=2.729$ $p=0.256$
Lise	132	18.8±7.3	
Üniversite	96	18.6±6.5	
Ekonomik durum			
Gelir giderden fazla	104	18.9±7.3	$X^2=0.867$ $p=0.648$
Gelir gidere eşit	208	18.2±6.2	
Gelir giderden az	41	17.8±6.8	
Kardeş sayısı			
Kardeşi yok	27	18.5±6.7	$X^2=0.179$ $p=0.914$
Bir kardeş	169	18.2±6.82	
İki ve üzeri	157	18.1±6.1	
Kronik hastalığı olma			
Evet	41	21.0±7.5	$t=2.933$ $p=0.004$
Hayır	312	17.8±6.3	
Sosyal güvence olma			
Evet	299	18.0±6.3	$U=7553.500$ $p=0.451$
Hayır	54	19.0±7.3	
Sağlığını subjektif değerlendirme			
İyi	245	17.3±6.3 ^a	$X^2=23.440$ $p=0.001$ $a < c, b$ $b < c$
Orta	101	19.5±6.2 ^b	
Kötü	7	28.7±5.0 ^c	

X^2 : Kruskal-wallis analizi t : Student t testi U : Mann-whitney U testi *:Bonferroni

Adölesanların cinsiyeti ($p=0.891$), sınıfı ($p=0.544$), anne eğitim durumu ($p=0.563$), baba eğitim durumu ($p=0.256$), ekonomik durumu ($p=0.648$), kardeş sayısı ($p=0.914$) ve sosyal güvenceye sahip olma durumları ile ($p=0.451$) oyun bağımlılığı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Adölesanların yaşlarına göre oyun bağımlılığı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.009$). Yapılan ileri analizde gruplar arasında anlamlı

farklılık olmadığı belirlenmiştir. Kronik hastalığı olan adölesanların kronik hastalığı olmayanlara göre oyun bağımlılığı ölçeği puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0.004$). Adölesanların sağlığını subjektif olarak değerlendirmelerine göre oyun bağımlılığı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır ($p=0.001$). Yapılan ileri analizde sağlığının iyi olduğunu düşünen adölesanların sağlığını orta ($p=0.004$) ve kötü ($p=0.000$) olarak değerlendirenlere göre oyun bağımlılığı ölçeği puan ortalamalarının daha düşük, sağlığını orta olarak değerlendirenlerin kötü olarak değerlendirenlere göre ($p=0.013$) daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Adölesanların dijital oyun oynama özelliklerine göre oyun bağımlılığı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5.'te verilmiştir.

Tablo 4.5. Adölesanların dijital oyun oynama özelliklerine göre oyun bağımlılığı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler/Ölçek puan ortalamaları	N	Oyun bağımlılığı ölçeği $\bar{X} \pm Ss$	Test ve p değeri
Dijital oyun oynama süresi			
Bir saatten az	95	15.6 $\pm$ 4.5 ^a	$X^2=51.350$ p=0.001* a<b,c,d b<d
1-2 saat	90	18.5 $\pm$ 5.9 ^b	
2-4 saat	45	19.8 $\pm$ 6.5 ^c	
4 saat üzeri	78	22.7 $\pm$ 7.0 ^d	
Dijital oyun oynarken ödevi unutma			
Evet	114	21.7 $\pm$ 6.8	$t=6.345$ p=0.001
Hayır	194	17.1 $\pm$ 5.6	
Ödev unutma sayısı			
4 ve altı	56	20.7 $\pm$ 6.1	$t=-1.538$ $p=0.127$
5 ve üzeri	58	22.7 $\pm$ 7.4	
Dijital oyun oynamadığında duygu durumu			
Endişeli-mutsuz	43	21.6 $\pm$ 5.6 ^a	$W=31.185$ p=0.001** a<b,c,d b<c
Oyun oynamayı özleme	67	19.2 $\pm$ 5.6 ^b	
Sinirli	47	24.5 $\pm$ 8.1 ^c	
Sakin	196	15.5 $\pm$ 4.9 ^d	

X^2 : Kruskal-wallis analizi F: Tek yönlü varyans analizi t: Student t testi U:Mann-whitney U testi
W:Welch *:Bonferroni **:Games-Howell

Adölesanların dijital oyun oynama sürelerine göre oyun bağımlılığı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p=0.001$). Yapılan ileri analizde bir saatten az dijital oyun oynayanların 1-2 saat ($p=0.004$), 2-4 saat ($p=0.002$) ve 4 saat üzerinde ($p=0.000$) oyun oynayanlara göre oyun bağımlılığı ölçeği puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Dijital oyunu 1-2 saat oynayanların dört saatten fazla oynayanlara göre oyun bağımlılığı ölçeği puan ortalamaları da düşük bulunmuştur ($p=0.001$). Dijital

oyun oynarken ödev yapmayı unutan öğrencilerin oyun bağımlılığı ölçeği puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0.001$). Adölesanların dijital oyun oynamadıkları zamanlarda duygu durumlarındaki değişikliklere göre oyun bağımlılığı puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p=0.001$). Oyun oynamadığı zaman endişeli-mutsuz olanların oyun oynamayı özleyen ($p=0.000$), oyun oynamadığı zamanlarda sinirli ($p=0.000$) ve sakin ($p=0.000$) olan adölesanlara göre oyun bağımlılığı ölçeği puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Dijital oyun oynamayı özleyenlerin oyun oynamadığında sinirli olanlara göre oyun bağımlılığı ölçeği puan ortalamaları düşük bulunmuştur ($p=0.015$).

4.3. Adölesanların Sağlığını Geliştirme Ölçeğine (ASGÖ) İlişkin Bulgular

Adölesanların adölesan sağlığını geliştirme ölçeği (ASGÖ) alt boyut ve toplam puan ortalamalarından aldıkları puanların dağılımı Tablo 4.6.'da verilmiştir.

Tablo 4.6. Adölesanların Sağlığını Geliştirme Ölçeğine (ASGÖ) İlişkin Bulgular

Ölçekler ve alt boyutları	$\bar{X} \pm Ss$	Min-mak	Ölçekten alınabilecek min ve mak değer	Cronbach Alfa
Yaşam takdiri alt boyutu	34.0 $\pm$ 8.1	12-50	10-50	0.772
Sağlık sorumluluğu alt boyutu	54.3 $\pm$ 10.6	28-80	16-80	0.774
Egzersiz alt boyutu	12.6 $\pm$ 4.1	4-20	4-20	0.682
Sosyal destek alt boyutu	12.9 $\pm$ 3.8	4-20	4-20	0.629
Beslenme alt boyutu	9.1 $\pm$ 3.4	3-15	3-15	0.650
Stres yönetimi alt boyutu	11.0 $\pm$ 2.8	3-15	3-15	0.571
Adölesan sağlığını geliştirme ölçeği toplam puanı	134.1 $\pm$ 25.3	60-189	40-200	0.900

Adölesanların yaşam takdiri alt boyut puan ortalaması 34.0 $\pm$ 8.1, sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması 54.3 $\pm$ 10.6, egzersiz alt boyut puan ortalaması 12.6 $\pm$ 4.1, sosyal destek alt boyut puan ortalaması 12.9 $\pm$ 3.8, beslenme alt boyut puan ortalaması 9.1 $\pm$ 3.4, stres yönetimi alt boyut puan ortalaması 11.0 $\pm$ 2.8 olarak bulunmuştur. ASGÖ toplam puan ortalaması ise 134.1 $\pm$ 25.3 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınacak min-maks puana göre adölesanların sağlığı geliştirme ölçeği puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Adölesanların bazı tanıtıcı özelliklerine göre oyun bağımlılığı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.7.'de verilmiştir. (ASGÖ) alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması şu şekildedir:

Tablo 4.7. Adölesanların bazı tanıtıcı özelliklerine göre adölesan sağlığını geliştirme ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler/Ölçek puan ortalamaları	Yaşam takdiri $\bar{X} \pm Ss$	Sağlık sorumluluğu $\bar{X} \pm Ss$	Egzersiz $\bar{X} \pm Ss$	Sosyal destek $\bar{X} \pm Ss$	Stres yönetimi $\bar{X} \pm Ss$	Beslenme $\bar{X} \pm Ss$	ASGÖ $\bar{X} \pm Ss$
Yaş							
10	32.9±8.3	55.5±9.2	12.3±3.1	13.0±4.2	8.6±3.4	10.1±2.8	132.6±24.2
11	36.3±9.0	59.8±11.2 _a	13.8±4.2 ^a	13.3±4.1	9.4±3.9	12.0±2.4 ^a	144.9±27.2 _a
12	34.2±7.9	55.4±10.5	13.8±3.7 ^b	13.6±3.2	8.9±3.0	11.7±2.7 ^b	137.9±24.2
13	33.7±7.7	52.0±9.8 ^b	11.7±4.2 ^c	12.3±4.0	9.2±3.2	10.5±2.7 ^c	129.6±24.2 _b
14 ve üzeri	32.6±7.8	51.3±9.8 ^c	11.8±3.8 ^d	12.6±3.6	8.8±3.5	10.2±3.0 ^d	127.6±23.2 _c
Test ve p değeri	F=2.083 p=0.083	F=8.018 p=0.001* a>b,c	X ² =21.87 6 p=0.001* c<a,b d<a,b	X ² =6.323 p=0.186	X ² =1.91 9 p=0.751	X ² =25.23 7 p=0.001* d<a,b c<a,b	F=5.935 p=0.001* a>b,c
Cinsiyet							
Kadın	34.6±7.4	54.9±10.0	12.1±3.8	13.0±4.2	9.4±3.4	10.8±2.8	135.1±23.2
Erkek	33.4±8.7	53.7±11.2	13.2±4.2	12.7±4.1	8.8±3.3	11.2±2.8	133.2±27.2
Test ve p değeri	U=14549. 000 p=0.285	U=14646. 500 p=0.334	U=13159. 500 p=0.012	U=14828. 000 p=0.436	U=1379 3.000 p=0.062	U=14359 .00 p=0.203	t=0.717 p=0.474
Sınıf							
5	35.9±8.5 ^a	59.3±10.7 _a	14.0±3.8 ^a	13.5±3.9	9.7±3.5	11.6±2.6 ^a	144.2±26.3 _a
6	33.9±8.3	54.1±10.8 _b	12.9±3.5 ^b	13.3±3.3	8.6±3.1	11.4±2.9	134.4±23.5
7	34.1±7.3	52.8±9.5 ^c	12.6±4.2 ^c	12.3±3.8	9.1±3.3	10.9±2.7	132.0±24.1
8	32.1±8.0 ^b	50.8±9.8 ^d	11.1±4.0 ^d	12.6±3.9	8.7±3.4	10.2±2.6 ^b	125.8±23.6 _b
Test ve p değeri	F=3.545 p=0.015* a>b	X ² =33.17 3 p=0.001* a>b,c,d	F=8.012 p=0.001* a>b,c,d	X ² =5.623 p=0.131	X ² =5.54 6 p=0.136	X ² =12.58 1 p=0.006* a>b	F=9.234 p=0.001* a>b

Tablo 4.7. (Devam) Adölesanların bazı tanıtıcı özelliklerine göre adölesan sağlığını geliştirme ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler/ Ölçek puan ortalamalar 1	Yaşam takdiri	Sağlık sorumlulu ğu	Egzersiz	Sosyal destek	Stres yöneti mi	Beslenme	ASGÖ
	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$
Anne eğitim durumu							
İlkokul	33.6±8.5	53.7±10.9	12.5±4.2	12.0±3.8 ^a	9.0±3.3	10.8±2.9	131.8±26.5
Lise	33.8±8.0	54.0±10.1	12.6±3.8	13.5±3.6 ^b	9.1±3.3	11.2±2.7	134.4±24.0
Üniversite	35.1±7.4	56.1±10.7	12.9±4.1	14.0±3.5 ^c	9.3±3.2	11.1±2.7	138.7±24.3
Test ve p değeri	F=0.958 p=0.385	F=1.402 p=0.248	X ² =0.854 p=0.881	F=9.854 p=0.001 a<b,c	X ² =0.203 p=0.904	X ² =0.944 p=0.624	F=1.963 p=0.142
Baba eğitim durumu							
İlkokul	34.8±8.4	55.5±11.5	13.1±4.3	12.9±4.0	9.4±3.4	11.3±2.9	137.2±27.4
Lise	33.1±8.3	53.3±10.1	12.5±4.1	12.7±3.6	8.8±3.4	10.9±2.7	131.6±24.5
Üniversite	34.2±7.4	54.1±10.0	12.1±3.7	13.1±3.7	9.0±3.4	10.7±2.9	133.6±23.4
Test ve p değeri	F=1.358 p=0.259	F=1.429 p=0.241	X ² =2.618 p=0.270	X ² =0.562 p=0.755	X ² =1.874 p=0.392	X ² =3.550 p=0.169	F=1.557 p=0.212
Ekonomik durum							
Gelir giderden fazla	34.9±9.0	53.1±11.5	13.3±4.4	13.9±4.3	10.3±3.6 ^a	10.5±3.1	136.2±28.0
Gelir gidere eşit	33.8±8.0	53.8±10.4	12.5±4.1	12.6±3.7	9.0±3.3	10.8±2.8	132.7±24.9
Gelir giderden az	34.1±8.0	55.7±10.7	12.7±3.8	13.2±3.6	9.7±3.2 ^b	11.5±2.6	136.1±25.3
Test ve p değeri	F=0.336 p=0.715	F=1.333 p=0.265	F=0.663 p=0.516	F=2.501 p=0.083	X ² =7.353 p=0.025* a<b	X ² =4.535 p=0.104	F=0.780 p=0.459
Kardeş sayısı							
Kardeşi yok	34.5±8.4	55.6±10.3	12.2±4.1	14.5±3.7 ^a	9.5±3.6	11.2±3.0	137.9±27.4
Bir kardeş	34.6±8.0	55.3±10.8	12.8±4.0	13.2±3.6	9.1±3.4	11.2±2.7	136.4±24.9
İki ve üzeri	33.3±8.2	53.0±10.4	12.5±4.1	12.3±3.8 ^b	9.0±3.3	10.7±2.9	131.1±25.2
Test ve p değeri	F=1.155 p=0.316	F=2.190 p=0.113	F=0.334 p=0.717	F=4.485 p=0.012* a>b	F=0.309 p=0.734	X ² =2.310 p=0.315	F=2.124 p=0.121

Tablo 4.7. (Devam) Adölesanların bazı tanıtıcı özelliklerine göre adölesan sağlığını geliştirme ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler/ Ölçek puan ortalama ları	Yaşam takdiri	Sağlık sorumlulu ğu	Egzersiz	Sosyal destek	Stres yönetimi	Beslenme	ASGÖ
	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$
Kronik hastalığı olma							
Evet	33.1±7.0	55.2±9.2	12.9±3.5	13.3±3.8	8.4±2.8	10.5±2.7	133.8±20.8
Hayır	34.1±8.2	54.1±10.8	12.6±4.1	12.8±3.8	9.2±3.4	11.1±2.8	134.2±25.9
Test ve p değeri	t=-0.713 p=0.477	t=0.617 p=0.577	U=6148.500. 500 p=0.686	U=5577. 500 p=0.181	U=5627. 000 p=0.208	t=-1.102 p=0.271	t=-0.100 p=0.920
Sosyal güvence olma							
Evet	34.4±8.1	55.0±10.5	12.9±4.0	13.0±3.7	9.2±3.4	11.1±2.7	135.8±25.0
Hayır	32.0±7.8	50.5±10.7	11.3±4.2	12.3±4.1	8.4±3.4	10.2±3.2	125.0±25.4
Test ve p değeri	t=1.942 p=0.053	t=2.839 p=0.001	U=6185.500. 500 p=0.001	U=7233. 500 p=0.223	U=7083. 500 p=0.150	U=6842. 000 p=0.073	t=2.901 p=0.004
Sağlığını subjektif değerlendirme							
İyi	35.4±7.9 ^a	56.3±10.0 ^a	13.3±4.1 ^a	13.3±3.9 ^a	9.5±3.4 ^a	11.3±2.7 ^a	139.2±24.4 ^a
Orta	31.2±7.6 ^b	50.3±10.7 ^b	11.4±3.6 ^b	12.0±3.4 ^b	8.2±3.1 ^b	10.3±2.9 ^b	123.6±23.9 ^b
Kötü	25.8±7.3 ^c	42.2±8.5 ^c	9.8±2.4	13.4±4.1	7.8±3.5	9.8±4.0	109.1±18.2 ^c
Test ve p değeri	F=13.813 p=0.001 a>b,c	F=19.079 p=0.001 a>b,c	F=9.853 p=0.001 a>b	W=4.449 p=0.029 ** a>b	W=5.707 p=0.013* * a>b	F=5.471 p=0.005 a>b	F=18.659 p=0.001 a>b,c

X²: Kruskal-wallis analizi F: Tek yönlü varyans analizi t: Student t testi U: Mann-whitney U testi
W: Welch *:Bonferroni **:Games-Howell

Adölesanların yaşlarına göre sağlık sorumluluğu (p=0.001), egzersiz (p=0.001) ve beslenme (p=0.001) alt boyut ve ASGÖ (p=0.001) toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Yapılan ileri analizde 11 yaşındaki adölesanların 13 ve 14 yaşındakilere göre sağlık sorumluluğu alt boyut ve toplam puan ortalamaları daha yüksek; 13 ve 14 yaşındakilerin 11 ve 12 yaşındakilere göre egzersiz ve beslenme alt boyut puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur (p=0.000). Erkek adölesanların kızlara (p= 0.012) göre egzersiz alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Adölesanların sınıflarına göre yaşam takdiri (p=0.015), sağlık sorumluluğu (p=0.001), egzersiz (p=0.001) ve beslenme (p=0.006) alt boyut ve ASGÖ (p=0.001) toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Yapılan ileri analizde beşinci sınıf

öğrencilerinin sekizinci sınıf öğrencilerine göre yaşam takdiri ($p=0.006$) ve beslenme ($p=0.006$) alt boyut ve ASGÖ toplam puan ($p=0.006$) ortalamaları yüksektir. Beşinci sınıf öğrencilerinin altı ($p=0.013$), yedi ($p=0.000$) ve sekizinci ($p=0.000$) sınıf öğrencilerine göre sağlık sorumluluğu ve egzersiz alt boyut puan ortalamaları da yüksek bulunmuştur. Annesi ilköğretim mezunu olan adölesanların annesi lise ($p=0.006$) ve üniversite mezunu ($p=0.001$) olan adölesanlara göre sosyal destek alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Adölesanların baba eğitim durumu ve kronik hastalık durumuna göre ASGÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Adölesanların gelir durumuna göre stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu, bu anlamlılığın geliri giderden fazla olan adölesanlar ile geliri giderden az olan adölesanların puan ortalamaları ($p=0.021$) arasındaki farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir. Adölesanların kardeş sayısına göre sosyal destek alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu ($p=0.012$), kardeşi olmayan adölesanların iki ve daha fazla kardeşi olanlara ($p=0.017$) göre sosyal destek alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sosyal güvencesi olan adölesanların sosyal güvencesi olmayanlara göre sağlık sorumluluğu ($p=0.001$), egzersiz ($p=0.001$) alt boyut ve ASGÖ ($p=0.004$) toplam puan ortalamaları daha yüksektir. Adölesanların sağlıklarını subjektif değerlendirmelerine göre yaşam takdiri ($p=0.001$), sağlık sorumluluğu ($p=0.001$), egzersiz ($p=0.001$), sosyal destek ($p=0.029$), stres yönetimi ($p=0.013$) ve beslenme ($p=0.005$) alt boyut ve ASGÖ ($p=0.001$) toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. İleri analiz sonucunda; sağlığını iyi olarak değerlendiren adölesanların sağlığını orta ve kötü olarak değerlendirenlere göre yaşam takdiri ($p=0.000$, $p=0.010$), sağlık sorumluluğu ($p=0.000$, $p=0.003$) alt boyut ve ASGÖ toplam puan ortalamalarının daha yüksek ($p=0.000$, $p=0.000$); sağlığını iyi olarak değerlendiren adölesanların sağlığını orta olarak değerlendirenlere göre egzersiz ($p=0.000$), sosyal destek ($p=0.011$), stres yönetimi ($p=0.005$) ve beslenme ($p=0.009$) alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

4.4 Adölesanların Oyun Bağımlılığı İle Sağlığı Geliştirme Davranışları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Adölesanların dijital oyun oynama özelliklerine göre ASGÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.8.'de verilmiştir.

Tablo 4.8. Adölesanların dijital oyun oynama özelliklerine göre ASGÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler / Ölçek puan ortalamaları	Yaşam takdiri $\bar{X} \pm Ss$	Sağlık sorumluluğu $\bar{X} \pm Ss$	Egzersiz $\bar{X} \pm Ss$	Sosyal destek $\bar{X} \pm Ss$	Stres yönetimi $\bar{X} \pm Ss$	Beslenme $\bar{X} \pm Ss$	ASGÖ $\bar{X} \pm Ss$
Dijital oyun oynama süresi							
Bir saatten az	36.0 $\pm$ 7.3 ^a	57.7 $\pm$ 10.4 ^a	13.1 $\pm$ 4.0 ^a	13.3 $\pm$ 3.8	9.6 $\pm$ 3.5	11.4 $\pm$ 2.9 ^a	141.4 $\pm$ 24.5 ^a
1-2 saat	34.9 $\pm$ 7.7	55.1 $\pm$ 8.5 ^b	13.4 $\pm$ 3.8	13.2 $\pm$ 3.7	9.2 $\pm$ 3.2	11.2 $\pm$ 2.6 ^b	137.0 $\pm$ 21.5 ^b
2-4 saat	32.2 $\pm$ 6.8 ^b	52.8 $\pm$ 9.7 ^c	12.8 $\pm$ 3.8 ^b	12.1 $\pm$ 3.3	8.5 $\pm$ 3.0	11.1 $\pm$ 2.7 ^c	129.8 $\pm$ 22.3 ^c
4 saat üzeri	30.7 $\pm$ 8.5 ^c	49.6 $\pm$ 10.6 ^d	11.1 $\pm$ 4.1 ^c	12.7 $\pm$ 4.0	8.3 $\pm$ 3.3	10.1 $\pm$ 2.7 ^b	122.7 $\pm$ 25.5 ^d
Test ve p değeri	F=8.117 p=0.001* a>b,c	F=10.075 p=0.001* a>b,c b>d	F=5.951 p=0.001* c<a,b	F=1.114 p=0.344	F=2.636 p=0.050	F=3.062 p=0.028* a>b	F=9.958 p=0.001* a>c,d b>d
Dijital oyun oynarken ödevi unutmama							
Evet	31.9 $\pm$ 7.6	51.4 $\pm$ 10.2	12.1 $\pm$ 4.3	12.6 $\pm$ 3.8	8.5 $\pm$ 3.3	10.8 $\pm$ 2.8	127.5 $\pm$ 23.8
Hayır	34.9 $\pm$ 7.9	55.8 $\pm$ 10.0	12.0 $\pm$ 3.9	13.1 $\pm$ 3.8	9.3 $\pm$ 3.3	11.0 $\pm$ 2.7	137.3 $\pm$ 24.4
Test ve p değeri	t=-3.259 p=0.001	t=-3.643 p=0.001	U=9821.00 p=0.100	U=10099.500 p=0.203	U=9483.00 p=0.036	U=10600.000 p=0.542	t=-3.415 p=0.001
Ödev unutmama sayısı							
4 ve altı	34.2 $\pm$ 8.5	56.4 $\pm$ 10.0	12.6 $\pm$ 3.7	11.7 $\pm$ 2.5	7.8 $\pm$ 3.7	12.5 $\pm$ 2.1	130.6 $\pm$ 23.7
5 ve üzeri	36.6 $\pm$ 6.6	53.8 $\pm$ 10.4	12.5 $\pm$ 4.3	12.3 $\pm$ 4.0	8.3 $\pm$ 3.3	11.0 $\pm$ 3.1	124.6 $\pm$ 23.9
Test ve p değeri	t=0.548 p=0.588	t=0.654 p=0.518	t=0.018 p=0.986	t=-0.481 p=0.634	t=-0.396 p=0.695	U=77.500 p=0.241	t=1.350 p=0.180
Dijital oyun oynayamadığında duygu durumu							
Endişeli-mutsuz	30.7 $\pm$ 7.4 ^a	51.0 $\pm$ 10.1 ^a	11.8 $\pm$ 4.3	12.7 $\pm$ 3.8	8.8 $\pm$ 3.2	9.9 $\pm$ 2.5 ^a	125.2 $\pm$ 24.5 ^a
Oyun oynamayı özleme	32.4 $\pm$ 7.9 ^b	52.1 $\pm$ 9.8 ^b	12.2 $\pm$ 3.3	13.0 $\pm$ 3.5	8.3 $\pm$ 3.4	11.0 $\pm$ 2.7	129.3 $\pm$ 23.9 ^b
Sinirli	30.4 $\pm$ 8.1 ^c	49.6 $\pm$ 10.1 ^c	10.9 $\pm$ 3.6 ^a	13.6 $\pm$ 4.1	8.2 $\pm$ 3.4	9.9 $\pm$ 3.0 ^b	121.7 $\pm$ 23.0
Sakin	36.1 $\pm$ 7.7 ^d	56.9 $\pm$ 10.4 ^d	13.4 $\pm$ 3.9 ^b	12.3 $\pm$ 3.8	9.6 $\pm$ 3.3	11.5 $\pm$ 2.8 ^c	140.7 $\pm$ 24.6 ^c
Test ve p değeri	F=11.667 p=0.001* d>a,b,c	F=9.869 p=0.007* d>a,b,c	F=6.331 p=0.001* b>a	F=0.369 p=0.775	F=3.576 p=0.641	F=6.379 p=0.001* c>a,b	F=39.763 p=0.001* a<b,c

X²: Kruskal-wallis analizi F: Tek yönlü varyans analizi t: Student t testi U: Mann-whitney U testi
W: Welch *: Bonferroni **: Games-Howell

Adölesanların dijital oyun oynama sürelerine göre yaşam takdiri ($p=0.001$), sağlık sorumluluğu ($p=0.001$), egzersiz ($p=0.001$) ve beslenme ($p=0.028$) alt boyut ve ASGÖ ($p=0.001$) toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Bir saatten az dijital oyun oynayan adölesanların 2-4 saat ($p=0.036$) ve dört saatten daha uzun süre ($p=0.007$) dijital oyun oynayanlara göre yaşam takdiri, bir saatten az dijital oyun oynayan adölesanların 1-2 saat ($p=0.009$) ve 2-4 saat dijital oyun oynayanlara ($p=0.000$) ve 1-2 saat oynayanların dört saatten daha fazla oynayanlara göre ($p=0.000$) sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir. Dört saatten daha fazla süre dijital oyun oynayan adölesanların bir saatten az ($p=0.003$) ve 2-4 saat oyun oynayanlara göre ($p=0.001$) egzersiz alt boyut puan ortalamaları düşüktür. Bir saatten az dijital oyun oynayan adölesanların dört saatten daha uzun süre ($p=0.011$) dijital oyun oynayanlara göre beslenme alt boyut puan ortalamaları yüksektir. Bir saatten az dijital oyun oynayan adölesanların 2-4 saat ($p=0.003$) ve dört saatten daha uzun süre ($p=0.037$) dijital oyun oynayanlara ve 1-2 saat oynayanların dört saatten daha fazla oynayanlara göre ($p=0.001$) ASGÖ toplam boyut puan ortalamaları yüksektir. Dijital oyun oynarken ödev yapmayı unutmayan adölesanların yaşam takdiri ($p=0.001$), sağlık sorumluluğu ($p=0.001$) ve stres yönetimi ($p=0.036$) alt boyut ve ASGÖ toplam puan ($p=0.001$) ortalamaları yüksek bulunmuştur. Dijital oyun oynarken ödev yapmayı unutma sayısına göre adölesanların ASGÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları açısından farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Dijital oyun oynamadığında duygu durumuna göre yaşam takdiri ($p=0.001$), sağlık sorumluluğu ($p=0.007$), egzersiz ($p=0.001$) ve beslenme ($p=0.028$) alt boyut ve ASGÖ ($p=0.001$) toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Oyun oynamadığında sakin olan adölesanların oyun oynamadığında endişeli-mutsuz olan ($p=0.000$), oyun oynamayı özleyen ($p=0.009$) ve oyun oynamadığı için sinirli olanlara göre ($p=0.000$) yaşam takdiri alt boyut puan ortalamaları yüksektir. Oyun oynamadığında sakin olan adölesanların oyun oynamadığında endişeli-mutsuz olan ($p=0.004$), oyun oynamayı özleyen ($p=0.007$) ve oyun oynamadığı için sinirli olanlara göre ($p=0.000$) sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları yüksektir. Oyun oynamadığında sakin olan adölesanların oyun oynamadığında sinirli olanlara göre ($p=0.001$) egzersiz alt boyut puan ortalamaları yüksektir. Oyun oynamadığında sakin olan adölesanların oyun oynamadığında endişeli-mutsuz olan ($p=0.002$) ve oyun oynamadığı için sinirli olanlara göre ($p=0.005$) beslenme alt boyut puan ortalamaları yüksektir. Oyun oynamadığında endişeli-mutsuz olan adölesanların oyun oynamadığı için oyun oynamayı özleyen

($p=0.002$) ve oyun oynamadığı için sakin olanlara göre ($p=0.001$) ASGÖ toplam puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur.

Adölesanların oyun bağımlılığı toplam puan ve ASGÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki korelasyon analizi Tablo 4.9.'da verilmiştir.

Tablo 4.9. Adölesanların EİOB ve ASGÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların korelasyon analizi

Ölçekler	1	2	3	4	5	6	7	8
1-Ergenler için oyun bağımlılığı ölçeği	-	-	-	-	0.074	-0.122*	-	-0.257**
2- Yaşam takdiri alt boyutu		0.226**	0.290**	0.154**			0.200**	
3- Sağlık sorumluluğu alt boyutu			0.729**	0.447**	0.452**	0.588**	0.329**	0.884**
4- Egzersiz alt boyutu				0.402**	0.461**	0.468**	0.434**	0.898**
5-Sosyal destek alt boyutu					0.241**	0.406**	0.224**	0.585**
6-Stres yönetimi alt boyutu						0.348**	0.238**	0.602**
7-Beslenme alt boyutu							0.106*	0.650**
8-Adölesan sağlığını geliştirme ölçeği								0.482**

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

Adölesanların oyun bağımlılığı ölçeği puan ortalamaları ile yaşam takdiri ($r_{\text{spearmen}} = -0.226$, $p<0.01$) sağlık sorumluluğu ($r_{\text{spearmen}} = -0.290$, $p<0.01$), egzersiz ($r_{\text{spearmen}} = -0.154$, $p<0.01$), stres yönetimi ($r_{\text{spearmen}} = -0.122$, $p<0.01$), beslenme alt boyut ($r_{\text{spearmen}} = -0.200$, $p<0.01$) ve ASGÖ toplam puan ortalamaları ($r_{\text{spearmen}} = -0.257$, $p<0.01$) arasında negatif yönde zayıf anlamlı ilişki bulunmuştur. Oyun bağımlılığı ile sosyal destek alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Adölesanların oyun bağımlılığı ölçeği puan ortalamaları arttıkça, ASGÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları azalmaktadır.

Adölesanların sağlığı geliştirme ölçeği alt boyutlarının adölesanların oyun bağımlılığını yordama durumu Tablo 4.10.'da verilmiştir.

Tablo 4.10. Adölesanların sağlığı geliştirme ölçeği alt boyutlarının oyun bağımlılığı ölçeğini yordama durumu

MODEL 1					
	B	SH	Beta	T	P
Constant	28.452	1.894		15.018	0.001
Yaşam takdiri	-0.061	0.070	-0.076	-0.873	0.383
Sağlık sorumluluğu	-0.062	0.051	-0.264	-3.202	0.001
Egzersiz	-0.059	0.093	-0.037	-0.638	0.524
Sosyal destek	0.176	0.101	0.103	1.735	0.084
Stres yönetimi	0.181	0.127	0.095	1.422	0.156
Beslenme	-0.231	0.131	-0.101	-1.761	0.079
			F=6.786	R²=0.105	p=0.001
			Durbin-watson=2.019		

Model 1'e göre; sağlığı geliştirme ölçeği alt boyutlarının oyun bağımlılığını yordaması değerlendirilmiştir. Bu faktörlerin oyun bağımlılığını %10 etkilediği bulunmuştur. Oyun bağımlılığını anlamlı olarak etkileyen faktör sağlık sorumluluğu olarak bulunmuştur ($\beta=-0.264$). Diğer faktörlerin oyun bağımlılığını anlamlı yordamadığı belirlenmiştir.

Adölesanların sağlığı geliştirme ölçeği alt boyutlarının ve sosyo-demografik özelliklerinin oyun bağımlılığını yordama durumu Tablo 4.11.'de verilmiştir.

Tablo 4.11. Adölesanların sağlığı geliştirme ölçeği alt boyutlarının ve sosyo-demografik özelliklerinin oyun bağımlılığı ölçeğini yordama durumu

MODEL 2					
	B	SH	Beta	T	P
Constant	34,491	6.548		5.268	0.000
Yaşam takdiri	-0.021	0.069	-0.027	-0.309	0.757
Sağlık sorumluluğu	-0.173	0.052	-0.282	-3.329	0.001
Egzersiz	-0.050	0.095	-0.032	-0.532	0.595
Sosyal destek	0.104	0.103	0.061	1.010	0.313
Stres yönetimi	0.212	0.127	0.111	1.675	0.095
Beslenme	-0.190	0.130	-0.083	-1.455	0.147
Yaş	-0.564	0.549	-0.102	-1.028	0.305
Cinsiyet (Erkek)	-0.325	0.686	-0.025	-0.474	0.636
Sınıf	-0.010	0.573	-0.002	-0.018	0.986
Anne eğitim	0.088	0.515	0.011	0.171	0.864
Baba eğitim	0.463	0.497	0.056	0.931	0.352

Tablo 4.11. (Devam) Adölesanların sağlığı geliştirme ölçeği alt boyutlarının ve sosyo-demografik özelliklerinin oyun bağımlılığı ölçeğini yordama durumu

MODEL 2					
	B	SH	Beta	T	P
Constant	34,491	6.548		5.268	0.000
Gelir durumu (gelir giderden fazla)	-0.402	1.205	-0.028	-0.334	0.739
Kardeş sayısı	-0.455	0.547	-0.043	-0.831	0.407
Kronik hastalık (Evet)	2.993	1.039	0.147	2.882	0.004
Sosyal güvence (Evet)	-0.018	0.953	-0.001	-0.019	0.985
Sağlığı değerlendirme (Orta)	1.267	0.770	0.088	1.647	0.101
Sağlığı değerlendirme (Kötü)	8.398	2.427	0.179	3.461	0.001
		F=4.098	R²=0.137	p=0.001	Durbin-watson=2.101

Model 2'ye göre; sağlığı geliştirme ölçeği alt boyutlarının ve yaş, cinsiyet, sınıf, anne ve baba eğitim durumu, gelir durumu, kardeş sayısı, kronik hastalığa sahip olma, sosyal güvence olma durumu ve sağlığın subjektif olarak değerlendirilmesinin oyun bağımlılığını yordamasına bakılmıştır. Bu faktörlerin oyun bağımlılığını %13 yordadığı bulunmuştur. Oyun bağımlılığını anlamlı etkileyen faktörler sırası ile; sağlık sorumluluğu ($\beta=-0.282$), kronik hastalığa sahip olma ($\beta=0.147$) ve sağlığın subjektif olarak kötü değerlendirilmesidir ($\beta=0.179$).

Adölesanların sağlığı geliştirme ölçeği alt boyutlarının sosyo-demografik özelliklerinin ve dijital oyun oynama davranışlarının oyun bağımlılığını yordama durumu Tablo 4.12.'de verilmiştir.

Tablo 4.12. Adölesanların sağlığı geliştirme ölçeği alt boyutlarının, sosyo-demografik özelliklerinin ve dijital oyun oynama davranışlarının oyun bağımlılığı ölçeğini yordama durumu

MODEL 3					
	B	SH	Beta	T	P
Constant	21,545	60.784		3.176	0.002
Yaşam takdiri	0.022	0.065	0.027	0.336	0.737
Sağlık sorumluluğu	-0.129	0.049	-0.204	-2.640	0.009
Egzersiz	,036	0.088	0.022	0.405	0.685
Sosyal destek	0.035	0.093	0.020	0.375	0.708
Stres yönetimi	0.278	0.119	0.143	2.327	0.021
Beslenme	-0.074	0.130	-0.032	-0.565	0.573
Yaş	-0.462	0.511	-0.084	-0.905	0.366

Tablo 4.12. (Devam) Adölesanların sağlığı geliştirme ölçeği alt boyutlarının, sosyo-demografik özelliklerinin ve dijital oyun oynama davranışlarının oyun bağımlılığı ölçeğini yordama durumu

MODEL 3					
	B	SH	Beta	T	P
Constant	21,545	60.784		3.176	0.002
Anne eğitim	0.100	0.473	0.012	0.211	0.833
Baba eğitim	0.239	0.458	0.029	0.522	0.602
Gelir durumu (gelir gidere eşit)	0.063	1.025	0.005	0.061	0.951
Gelir durumu (gelir giderden fazla)	-1.381	1.127	-0.097	-1.225	0.221
Kardeş sayısı	-0.385	0.492	-0.037	-0.782	0.435
Kronik hastalık (Evet)	2.615	0.942	0.133	2.777	0.006
Sosyal güvence (Evet)	-0.418	0.924	-0.022	-0.453	0.651
Sağlığı değerlendirme (Orta)	0.134	0.728	0.009	0.184	0.855
Sağlığı değerlendirme (Kötü)	2.718	2.154	0.062	1.262	0.208
Dijital oyun oynama süresi (1-2 saat)	1.663	,808	0.116	2.059	0.040
Dijital oyun oynama süresi (2-4 saat)	2.626	1,007	0.142	2.607	0.010
Dijital oyun oynama süresi (4 saatten fazla)	3.782	,947	0.252	3.993	0.001
Dijital oyun oynarken ödev unutma (Evet)	2.468	0.691	0.183	3.571	0.001
Dijital oyun oynayamadığında mutsuz hissetme	4.341	1.011	0.221	4.292	0.001
Dijital oyun oynayamadığında oyun oynamayı özleme	1.040	0.850	0.064	1.224	0.222
Dijital oyun oynayamadığında sınırlı hissetme	5.543	1.031	0.303	5.379	0.001
		F=7.990	R²=0.372	p=0.001	Durbin-watson=2.029

Model 3'e göre; sağlığı geliştirme ölçeği alt boyutlarının ve yaş, cinsiyet, sınıf, anne eğitim düzeyi, baba eğitim düzeyi, gelir durumu, kardeş sayısı, kronik hastalığa sahip olma, sosyal güvence olma durumu, sağlığın subjektif olarak değerlendirilmesi, dijital oyun oynama, günlük oyun oynama süresi, oyun oynarken ödevini yapmayı unutma ve dijital oyun oynayamadığında duygu durumunun oyun bağımlılığını yordamasına bakılmıştır. Bu faktörlerin oyun bağımlılığını %37 yordadığı bulunmuştur. Oyun bağımlılığını anlamlı etkileyen faktörler sırası ile; sağlık sorumluluğu ($\beta=-0.204$), stres yönetimi ($\beta=0.143$), kronik hastalığa sahip olma ($\beta=0.133$), günde 1-2 saat dijital oyun oynama ($\beta=0.116$), günde 2-4 saat dijital oyun oynama ($\beta=0.142$), günde 4 saatten fazla dijital oyun oynama ($\beta=0.252$), dijital oyun oynarken ödev yapmayı unutma

($\beta=0.183$), dijital oyun oynayamadığında kendini mutsuz hissetme ($\beta=0.221$) ve dijital oyun oynayamadığında sinirli hissetmedir ($\beta=0.303$). Daha önce modelde olmayan stres yönetimi dijital oyun oynama özelliklerinin modele dahil edilmesi ile anlamlı etki göstermiştir.



5. TARTIŞMA

Adölesan dönemi, çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak tanımlanmaktadır. Bu dönem, fiziksel ve cinsel olarak hızlı büyüme ve gelişmenin yanı sıra psikososyal gelişmeyle de karakterizedir. Yetişkinlikteki olumlu sağlık davranışları erken yaşlarda edinilen davranışlara bağlıdır. Bu yaş grubu gelişimsel özelliklerinden dolayı sağlık açısından risk taşımaktadır (Srof ve Velsor-Friedrich, 2006; WHO, 2023). Adölesan sağlığının teşviki ve geliştirilmesi konularına ilişkin araştırmalar belirgin bir şekilde artmış ve birey, aile ve toplum bağlamlarını içerecek şekilde genişletilmiştir (Martin vd., 2012). Adölesan sağlığı ile ilgili çalışmalar, hareketsiz yaşam şekilleri (yani, fiziksel aktivitenin azalması ve televizyon seyretmek, bilgisayar ekranının önünde oturmak veya bilgisayar oyunları oynamak için çok fazla zaman harcamak) ile gençlikte sağlık arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir (Ercan vd., 2017). Ekran başında uzun süre vakit geçirme davranışı sonucunda dijital oyun bağımlılığı riski artmakta ve bunun sonucunda çeşitli sağlık sorunları açığa çıkmaktadır. Adölesanların sağlıklı yaşam davranışlarını ortaokul çağında benimsemeleri nedeniyle araştırmamız ortaokul öğrencileri ile yapılmıştır.

Araştırmamızın sosyodemografik özellikler incelendiğinde adölesan yaş ortalaması 12.4 ± 1.8 olarak bulunmuştur. Adölesanların %87.3'ü dijital oyun oynamakta ve dijital oyun oynamadığında %12.2'si endişeli hissetmektedir.

5.1. Adölesanların Oyun Bağımlılığına İlişkin Bulguların Tartışılması

Adölesanların oyun bağımlılığı ölçeğinden elde edilen sonuca göre adölesan oyun bağımlılığı düşük-orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Grüsser ve arkadaşlarının 2007'de yaptıkları bir çalışmada ise örnekleme bulunan adölesanların %11.9'unun oyun bağımlısı olduğu saptanmıştır (Grüsser, Thalemann ve Griffiths, 2007) Türkiye'de Yalçın ve Erdoğan'ın (2016) yaptıkları araştırmaya göre ergenlerde oyun bağımlılığı yaygınlığı %28.8 olarak bulunmuştur (Yalçın ve Erdoğan, 2016).

Başdaş ve Özbey'in 2020'de yaptıkları araştırmada dijital oyun bağımlılığı yaygınlığı %0,6 ile %15 arasında değiştiği sonucuna varılmıştır. Oyun bağımlılığı prevalansında çalışmalar arasında farklılıkları olduğu görülmektedir. Bu farklılıkların

tanı kriterleri, ölçüm araçları, çalışmanın yapıldığı grubun özellikler ve araştırma metodolojisinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Başdaş ve Özbey, 2020).

Teknolojinin ilerlemesi ile birlikte oyun oynamanın önemi ve ergenlerin oyun alışkanlıkları giderek farklılaşmış ve dikkatlerini dijital oyunlara yönlendirmişlerdir. Oynanan çevrimiçi ve çevrimdışı oyunlar ergenlerin gelişimlerine katkı sunmakla birlikte birçok zararı da beraberinde getirmiştir. Sosyalleşme, problem çözme, empati, sorumluluk gibi faydası olmasıyla birlikte fazla kullanımı dijital oyun bağımlılığı riskini beraberinde getirmiştir. Dijital oyun bağımlılığında adölesan oyunu seçerek gerçek hayattaki sorumluluklarını ikinci plana atmaktadır (Anlı, 2018; Balhara vd., 2018; Dinçer ve Kolan, 2020; Mustafaoğlu vd., 2018; Tereshchenko vd., 2021). Dijital oyun bağımlılığı yüksek olan adölesanların sosyal kaygı düzeyleri yüksektir (Başdaş ve Özbey, 2020). Suudi Arabistan'da 16-18 yaş arası erkek öğrencilerde yapılan bir araştırmaya göre; öğrencilerin dijital oyun oynama düzeyleri ne kadar artarsa sosyalleşmelerinin de doğru orantılı olarak azaldığı görülmüştür (Alshehri ve Mohamed, 2019).

Zivari Rahman ve arkadaşları, 2013'de yaptıkları başka bir çalışmada ise dijital oyun oynamanın artmasıyla sosyal izolasyon, depresyon ve çeşitli fiziksel hastalıkların daha çok açığa çıktığı gözlenmiştir. Sanal ortamda stressiz bir şekilde sosyalleşen adölesanlar gerçek hayatta iletişim kurmakta güçlük çekmekte ve kendilerini geri planda tutmaktadır (Zivari-Rahman vd., 2013). Aşırı internet ve bilgisayar kullanımı zamanla bağımlılığa yol açmakta akademik ve sosyal hayatı zorlaştırmaktadır. Genellikle 12-18 yaş arasında görülen dijital oyun bağımlılığı sonucunda dikkat eksikliği, agresif davranışlar, fiziksel hareketsizlik gibi olumsuzluklarla sonuçlanmaktadır (Balhara vd., 2018; Demir, 2022; Erkilic, 2021; Mustafaoğlu vd., 2018). Ektiricioğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonucunda ise kendini ifade etmekte zorlanan ve daha çok oyuna yönelen ergenlerde saldırganlık ve yeme bozuklukları davranışında artma gözlenmiştir (Ektiricioğlu, Arslantaş ve Yüksel, 2020). Adölesanlarda oyun bağımlılığının en önemli negatif etkilerinden biri de kontrolsüz yeme davranışıdır. Oyun karşısında uzun süre vakit geçiren adölesan ne yediğini veya ne kadar yediğini ölçemez. Bunun yanında hızlı bir şekilde yemek ve tekrar oyuna dönmek için hazır gıdalara yönelir. Dijital oyun başında hareketsiz geçirilen zaman ve kalorisi yüksek fast-food gıdalar nedeniyle obezite riski artmış olur (Altay, Cabar ve Altay, 2018; Başdaş ve Özbey, 2020; Grüsser, Thalemann ve Griffiths, 2007). Aynı zamanda literatürde oyun bağımlılığının artmasıyla fiziksel

aktivitede azalma ve bunun sonucunda obezite gelişmesi de görülmüştür (Ektiricioğlu, Arslantaş ve Yüksel, 2020; Mylona vd., 2020; Onder ve Ardic, 2020). Görüldüğü gibi oyun bağımlılığının adölesanlarda pek çok olumsuz etkileri vardır. Teknoloji ile yakından ilgilenen adölesanların dijital oyunlara daha fazla ilgi gösterdiği ve dijital oyunların gençler arasında popüler kültür imgesi olduğu bir dönemin yaşandığı söylenebilir. Bu nedenle adölesanlarda oyun bağımlılığı düzeyinin erken dönemde belirlenmesi önemlidir.

Çalışmamızda adölesanların cinsiyeti, sınıfı, anne-baba eğitim durumu, ekonomik durumu, kardeş sayısı, sosyal güvenceye sahip olma durumu gibi değişkenlere göre oyun bağımlılığı puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Özellikle cinsiyete göre adölesanların oyun bağımlılıklarının farklılık göstermemesi şaşırtıcıdır. Literatürde erkek adölesanların kızlara göre aşırı oyun oynama ve problemli kullanıma daha yatkın oldukları belirtilmektedir (Chiu, Lee ve Huang, 2004; Choo vd., 2010; Çakır, Ayaş ve Horzum, 2011). Bu durum cinsiyete göre boş zamanlarını değerlendirmek için yapılan aktivitelerin ve cinsiyete göre tercih edilen dijital oyun türlerinin farklılığına bağlı olabilir. Bilgisayar oyunlarının rekabet, güç kullanma, yarış vs gibi içerikleri ile gerilim-aksiyon filmi izlercesine aralıksız ve kesintisiz olması erkek adölesan oyuncular için oldukça çekicidir. Kız adölesanlara hitap eden oyunlar daha durağan ve soft içeriklidir. Bu nedenle kız çocuklarının bilgisayar ve oyun başında erkek çocuklara göre daha az zaman geçirebilmektedir. Bireylerin oyun davranışlarının sinirsel süreçleri ile ilgili bilgi elde etmek için fonksiyonel manyetik rezonans görüntülemeleri incelendiğinde erkeklerde kadınlara göre mezokortikolimbik sistemde daha fazla aktivasyon ve fonksiyonel bağlantı gözlemlendiği belirlenmiştir ve bu durum erkeklerin kadınlara göre oyunlara bağımlı olma ihtimali ile ilişkilendirilmiştir (Hoeft vd., 2008). Bu çalışmada kız ve erkek adölesanlar arasında farklılık çıkmaması biyolojik cinsiyetten bağımsız olarak kıza ve erkeğe ait başka çevresel özelliklerin de oyun bağımlılığında belirleyici olmasına bağlı olabilir. Çalışmalar yaşın da oyun bağımlılığında önemli bir değişken olduğuna dikkat çekmektedir. Bireyin yaşı küçüldükçe dijital oyunlara ayırdığı sürenin arttığı görülmektedir (Kaya, 2022). Dijital oyunlara ayrılan sürenin azalmasında yaş arttıkça akran ilişkilerine ve akademik çalışmalara ayrılan sürenin artması, ebeveyn kontrolü, dijital oyunları yerinin sosyal medyanın alması gibi durumlar etkili olabilir.

Çalışmamızda sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren adölesanların oyun bağımlılığı puan ortalamaları daha düşük, kronik hastalığa sahip olan adölesanların ise

daha yüksek bulunmuştur. Bu durum kronik hastalığı olan adölesanın hastalığı nedeni ile evde uzun süre vakit geçirmesine, okul devamsızlığının daha fazla olmasına, sokak oyunlarına çok fazla katılmamasına ve ebeveynlerin hastalığı nedeni ile adölesana daha fazla hoşgörü göstermesine bağlı olabilir.

Çalışmada dijital oyun oynama süresi artan adölesanların oyun bağımlılığı puan ortalamaları daha yüksektir. Dijital oyunları 1-2 saat oynayanların 4 saatten fazla oynayanlara göre oyun bağımlılığı düzeyi düşük bulunmuştur. Bu bulgu tahmin edilebilir bir bulgudur. Kaya (2022) çalışmasında öğrencilerde günlük dijital oyun oynama süresi arttıkça dijital oyun bağımlılığının da arttığını belirtmiştir (Kaya, 2022). Oyun bağımlılığında oyun oynama süresi bağımlılık için önemli bir faktör olmakla birlikte tek belirleyici faktör değildir. Çünkü bireyin oyun oynama süresi az olabilir ancak oyun oynamayı bıraktığında da zihni oyun ile meşgul olabilir, oyunu düşünebilir ve bu nedenle yapması gereken sorumluluklarını yerine getiremeyebilir.

5.2. Adölesanların Sağlığını Geliştirme Davranışlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Sağlığı geliştirme davranışları uzun yıllardır topluma benimsetilmeye çalışılmıştır. Sağlığı geliştirmenin amacı bireyin sağlığını algılayarak sağlıklı bir yaşam biçimi benimsemesi ve sağlıklı toplumlar oluşturulmasıdır. Sağlığı geliştirme her yaş grubu için çok önemli olmakla birlikte adölesan dönem çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemi olması ve bu dönemde edinilen sağlıklı yaşam biçiminin gelecek nesillere de aktarılması için daha önem teşkil etmektedir (Çıtak vd., 2020; Şişman ve Çakır, 2021).

Literatür incelendiğinde adölesanların %99.8'inin riskli beslenme alışkanlıklarına yatkın olduğu görülmüştür. Aynı zamanda adölesan sağlığını etkileyen en önemli etkenler hareketsizlik, riskli davranışlara yatkın olma, sigara-alkol tüketimi, cinsel yolla bulaşan hastalıklar olduğu görülmüştür (Bebiş vd., 2015; Demirezen ve Coşansu, 2005; Yüksel, 2012).

Aynı zamanda birçok çalışmada adölesan sağlığını etkileyen durumlar arasında anne-baba eğitim durumu, sosyokültürel yapı, gelir durumu gibi etmenler bulunmaktadır (Dolgun, İnal ve Uğurlu, 2011; Geckil ve Yıldız, 2006).

Çalışmamızda 5. sınıf öğrencilerinin 6-7 ve 8. sınıf öğrencilerine göre sağlık sorumluluğu ve egzersiz puanları daha yüksektir. Benzer şekilde 5. sınıf öğrencilerinin diğer sınıflara göre sağlıklı beslenmeye daha özen gösterdikleri de görülmektedir. Küçük sınıflarda sağlığı geliştirme davranışlarının daha iyi olduğu dikkat çekmektedir. Benzer şekilde yaptığımız çalışmada 11-12 yaşındaki adölesanların 13-14 yaşındakilere göre egzersiz alt boyut puanları daha yüksek çıkmıştır.

Araştırmamızda erkek adölesanların kızlara göre daha çok egzersiz yaptıkları tespit edilmiştir. Sosyo-ekonomik durumu iyi olan adölesanların egzersiz yapma durumunun arttığı ve oyun başında geçirilen sürenin artması ile egzersiz süresinin azaldığı saptanmıştır. Geliri giderinden fazla olan adölesanlar stres yönetiminin de daha iyi olduğu ortaya çıkmıştır. Annesi ilkokul mezunu olan adölesanların diğerlerine göre sosyal destek alt boyut puanları daha düşük bulunmuştur. Kardeşi olmayanların sosyal destek alt boyut puanı diğerlerine göre daha yüksektir. Kardeş sayısının artması ile adölesanın sosyal destek alt boyut puanları azalmakta ancak kardeş sayısının artmasının adölesanın oyun bağımlılığı ile herhangi bir ilgisinin olmadığı sonucuna varılmaktadır. Araştırmamızdan elde edilen sonuca göre anne baba okuryazarlık durumu arttıkça adölesana sunulan sosyal destek artmakta ve dijital oyun başında geçirilen süreye kısıtlama konularak bağımlılık önlenmektedir. Sağlık güvencesi olan adölesanların sağlık sorumluluğu, egzersiz puanları daha yüksektir. Analiz sonucunda sağlığını iyi olarak değerlendiren adölesanların yaşam takdiri ve sağlık sorumluluğu puanları daha yüksektir. Egzersiz, sosyal destek, stres yönetimi, beslenme puanları daha yüksek bulunmuştur. Araştırmamız sonucunda sağlığını iyi olarak değerlendiren adölesanların stres yönetimi alt boyut puanları daha yüksek çıkmıştır. Literatürde yapılan çalışmalarda sağlığı geliştirme ölçekleri kullanılmış ve bunların sonucunda ülkemizde ve dünyada kız adölesanların erkek adölesanlara göre beslenme ve egzersiz alt boyut puanları düşük çıkmıştır. Bunun nedeninin toplumda cinsiyet rollerinin farklı olmasından ve erkeklerin kızlara göre daha çok egzersiz yapabileceği ortamın bulunmasından kaynaklandığı belirtilmiştir. Aynı şekilde aile yapısının adölesana ayrılan zaman, adölesan döneme adaptasyon, stres yönetimi, sağlıklı beslenme ve okul başarısına katkıda bulunduğu görülmüştür. Ebeveynleri ayrı olan ailelerde yetişen adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha kötü olduğu sonucuna varılmıştır (Bebiş vd., 2015; Çıtak vd., 2020; Demirezen ve Coşansu, 2005; Kim, 2011; Şişman ve Çakır, 2021; Yüksel, 2012). Çoğu araştırma anne-baba eğitim durumunun adölesanların sağlığı geliştirme davranışına etkisi

olduğu sonucuna varmıştır, Dağdevire ve arkadaşların yapmış olduğu araştırmada ebeveyn eğitim durumunun adölesan sağlığını az oranda etkilediği sonucuna varılmıştır (Dağdevire ve Şimşek, 2013). Chen ve arkadaşlarının yapmış olduğu başka bir çalışmada ise aile yapısının kız adölesanların sağlığı geliştirme davranışına katkıda bulunduğu sonucuna varılmaktadır (Chen vd., 2014).

Beslenme alışkanlıkları ile ilgili yapılan araştırmalarda ise adölesanların %89'unda fast-food tüketim alışkanlığı görülmektedir. Yetersiz egzersiz yapma ve dengesiz beslenme sonucunda obezite riski de artmaktadır (Brindis vd., 2007; Dolgun, İnal ve Uğurlu., 2011; Geckil ve Yıldız, 2006; Kim, 2011).

Dijital oyun oynama sürelerine göre yaşam takdiri, sağlık sorumluluğu, egzersiz ve beslenme alt boyut toplam puanları arasında anlamlı farklılık vardır. Dijital oyun oynama süresi arttıkça adölesanın sağlık algısı, egzersiz, yaşam takdiri gibi ASGÖ alt boyut toplam puanları azalmaktadır. Oyun oynamadığında sinirli-öfkeli olan adölesanların yaşam takdiri en düşük olarak saptanmıştır. Oyun oynamadığında sakin olan adölesanların yaşam takdiri, sağlık sorumluluğu, egzersiz alt boyut puanları yüksektir. Araştırmamızda literatür ile uyumlu olarak adölesanların sağlıklı beslenme düzeyleri oyun bağımlılığından etkilenmektedir. Dijital oyun oynama sürelerine göre adölesanların sağlıklı beslenme düzeyleri negatif etkilenmektedir. Bir saatten az dijital oyun oynayan adölesanların 2-4 saat ve dört saatten daha uzun süre dijital oyun oynayanlara göre yaşam takdiri alt boyut puanları daha yüksek çıkmıştır. Aynı şekilde oyun oynarken ödev yapma sayısını unutma ve kendini mutsuz endişeli hissetme gibi durumların artması yaşam takdiri alt boyut puanlarında azalma ile sonuçlanmıştır. Oyun başında geçirilen süre arttıkça stres yönetimi azalmakta ve adölesan oyun bağımlılığı arttıkça stres yönetiminde daha başarısız olduğu sonucuna varılmaktadır.

5.3. Adölesanların Oyun Bağımlılığı ve Sağlığını Geliştirme Davranışları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Adölesanların dijital oyun bağımlılığı ölçeği puanları arttıkça ASGÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları azalmaktadır. Sonuç olarak araştırmada dijital oyun bağımlılığı puanı arttıkça ASGÖ puanı azalmaktadır. Oyun bağımlılığı sağlığı geliştirme davranışını negatif etkilemektedir. Literatür incelendiğinde adölesanlarda sağlığı geliştirme davranışı ve dijital oyun bağımlılığı arasındaki ilişkide araştırmaların çoğunda aynı sonuç

bulunmuş ve oyun bağımlılığı ile sağlığı geliştirme davranışı arasında negatif ilişki gözlenmiştir (Ercan vd., 2017; Gentile, 2009; Hazar, Özpolat ve Hazar, 2020; Mustafaoğlu vd., 2018; Wang, 2016).

Adölesan döneme bakıldığı zaman ise sağlıklı davranış biçiminin benimsenmesi ve zararlı alışkanlıklardan uzak durması sağlık sorumluluğunu arttırmak için önemli bir adımdır. Bu çalışmada adölesanların oyun bağımlılığı ölçeği puan ortalamaları ile yaşam takdiri arasında negatif yönde zayıf anlamlı ilişki bulunmuştur. Adölesan dönem çocukluktan yetişkinliğe adım atıldığı bir dönem olması nedeniyle çok önemlidir. Bu dönemde adölesanın sağlıklı yaşam biçimini nasıl algıladığı ve yaşam takdirini nasıl değerlendirdiği yetişkinlik dönemini etkiler. Kendiyle barışık, kendini mutlu hisseden, daha sosyal olabilen adölesanların yaşam takdirini açıklama biçimleri daha iyi olmuştur (Cabir, 2019; Tanrıverdi ve Yekelenga, 2019; Taş vd., 2022). Yaşamdan duyulan haz, mutluluk, yaşamın önemini kavrayabilen adölesanlar diğer adölesanlara göre bağımlılık açısından daha az risk oluşturmaktadır. Bunun aksine yapılan çalışmalarda kendini daha az mutlu hisseden, içe kapanık olan ve yaşam tarzını sağlıksız olarak şekillendiren adölesanlarda dijital oyun bağımlılığı riski daha fazla gözlenmiştir. Adölesan oyun oynadığı zaman mutlu olmakta, ödev yapmayı unutmakta, arkadaş ilişkilerinde başarısız olmaktadır. Oyun oynamadığı zaman ise yaşamdan doyum alamamakta ve stresli, sinirli, derslerinde başarısız ve mutsuz olmaktadır (Kaya, 2021). Dijital oyun bağımlılığı adölesanın oyun oynama isteğini durduramayarak günlük yaşam etkinliklerini aksatmasına ve oyunu farklı etkinliklere tercih etmesi olarak da tanımlanabilir. Adölesanın oyun bağımlılığı düzeyini erken fark etmek ve bunun için önlemler almak ileride sağlıklı bir birey olabilmesi ve yaşamdan doyum alabilmesi için çok önemlidir (Tanrıverdi ve Yekelenga, 2019). Literatürde olan birçok araştırmaya göre adölesanların dijital oyun bağımlılık düzeyleri ne kadar artarsa yaşam takdiri de o düzeyde azalmaktadır. Adölesanlar oyunlardan elde ettikleri davranışları (öfke, şiddet, olaylara karşı sabırsızlık) içselleştirerek normalleştirmektedir. Adölesanlarda oyun oynama düzeyi arttıkça mutluluk ve yaşamın anlamı düzeylerinde anlamlı olarak azalma gözlemlenmiştir. Ayrıca dijital oyun bağımlılık düzeyi fazla olan adölesanların ebeveynlerine bakıldığında çocuklarının dijital oyun karşısında ne kadar vakit geçirdiklerini bilmedikleri ve bunun üzerinde çok durmadıkları gözlenmiştir (Hazar vd., 2017; King vd., 2002; Martin vd., 2012; Taş vd., 2022; Temel, 2021).

Çalışmamızda adölesanların oyun bağımlılığı ölçeği puan ortalaması ile adölesanların egzersiz alt boyut puan ortalaması arasında negatif yönde zayıf anlamlı ilişki bulunmuştur. Dijital oyunların kontrolsüz ve aşırı kullanımı zaman içerisinde bağımlılık oluşmasına sebep olmaktadır. Dijital oyun bağımlılığı sonucunda hareketsizlik, beslenme bozuklukları, obezite, ruhsal bozukluklar ve daha birçok problem açığa çıkmaktadır. İnsan doğasının bir parçası olan hareket gün içerisinde belirli aktivite ve egzersizlerin yapılması ile gerçekleşir. Egzersiz iskelet kasları ile bazal düzeyin üstünde enerji harcanması ile dolaşım sistemi aktivitesini arttıran ve yorgunluğa sebep olan bedensel hareketlerin tamamıdır. Hareketsiz ve egzersizin yapılmadığı bir yaşam yetişkinlerde pek çok problemlere yol açmaktadır (Alagöz, 2019; Gülbetekin, Güven ve Tuncel 2021). Çocuk ve adölesanlarda ise hareket ve egzersizin beden ve ruh sağlığına katkıda bulunduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyo-ekonomik durumun egzersizi etkilediği görülmüştür. Dijital oyun bağımlılığı ve egzersiz ile ilgili yapılan araştırmalarda ise uzun süre oyun karşısında oturan adölesanın zaman içerisinde sedanter yaşama ayak uydurduğu ve hareketsizliği benimsediği görülmüştür. Dijital oyun bağımlısı olan adölesanların egzersiz yapmadıkları, oyun karşısında geçirilen zaman arttıkça kas iskelet bozuklukları, obezite, göz hastalıkları, beslenme bozuklukları gibi birçok problem açığa çıkmıştır. Sosyal hayatta bozulmalar ve arkadaş grubundan uzaklaşmalarla sonuçlanan asosyal yaşam biçimi de benimsenmiştir. Oyun başında geçirilen süre arttıkça ödev unutma sayısı da artmış ve akademik başarı düzeyi ise azalmıştır (Alagöz, 2019; Aydoğdu, 2018; Cabir, 2019; Can vd., 2022; Craig vd., 2002; Gülbetekin, Güven ve Tuncel, 2021; Hazar vd., 2017; Hebebe, Bertiz ve Alan, 2022; King vd., 2002; Nazlıgül ve Yılmaz, 2019).

Çalışmamızda adölesanların oyun bağımlılığı ölçeği puan ortalamaları ile adölesanların stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf anlamlı ilişki bulunmuştur. Adölesan dönemde bireyde fiziksel, psikososyal yönden gelişim gözlenmektedir. Adölesan dönemde fiziksel değişimlerin yanında psikolojik değişimler de ön plandadır. Kendini ifade etmekte zorlanan adölesanlarda sık sık öfke nöbetleri ve stres yönetiminde başarısızlık gözlenmektedir. Derslerden iyi not alma ve gelecek kaygısı giderek artmakta ve adölesanda aşırı stres yaratmaktadır (Aktaş, 2018; Can vd., 2022; Karabulut, 2019; Taş vd., 2022). Stres vücutta fiziksel, bilişsel ve biyolojik tepkiler sonucunda bireyi anlık olarak bir tehditle veya mücadeleyle karşılaştıracak sorundur. Stres sonucunda öfke, korku, tedirginlik, endişe üzüntü gibi birçok tepki açığa

çıkar. Stres ile birlikte adölesanın beslenme problemleri, derslerinde başarısızlık, stres kaynaklı çeşitli hastalıklar ve ikili ilişkilerden çekinme uzak durma gibi sonuçları da olmaktadır. Stres ile baş etmenin en iyi yolu stres yönetimini kavramak ve uygulamaktır (Aslan, Başcılar ve Karataş, 2022; Kassebaum vd., 2019; Santelli vd., 1998; Yıldırım ve Arslan, 2021). Stres yönetimi ise stresin psikolojik ve fiziksel etkilerinden korunmak için yapılacak eylemleri içerir. Adölesanın pozitif düşünce tarzını benimsemesi, motivasyon tekniklerini öğrenmesi, çeşitli nefes egzersizleri ile sakinleşmesi bu konuda yardımcı olacaktır (Aktaş, 2018; Demir, 2022). Literatüre bakıldığında son yıllarda artan dijital oyun bağımlılığının olumsuz özelliklerinden birisi de adölesanın aşırı stresli, öfkeli, sabırsız olmasıdır. Adölesan oyun oynarken saldırganlık içeren savaş, silah oyunlarında oyuncu ile kendini içselleştirip öfke duygusu kazanmakta, oyun oynamadığı zaman kendini öfkeli, stresli, ne yapacağını bilmez halde bulmaktadır (Aktaş, 2018; Başdaş ve Özbey, 2020; Civelek, 2019; Derman, 2008; Karabulut, 2019; Karaduman ve Acıyan, 2020; Temel, 2021; Tereshchenko vd., 2021).

Çalışmamızda adölesanların oyun bağımlılığı ölçeği puan ortalamaları ile adölesanların beslenme alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf anlamlı ilişki bulunmuştur. Her dönemde olduğu gibi adölesan dönemde de beslenme oldukça önemlidir. Bu dönemde adölesan genellikle okulda olduğu için yeterli ve dengeli beslenme okul sağlığının da bir parçasıdır. Sağlıklı beslenme bireyin ihtiyacı olan karbonhidrat, protein, yağ, vitamin ve minerallerin gün içerisinde yeterli alınması ile olur. Bireylerin ekonomik durumu, yaşam koşulları göz önünde bulunularak beslenmesini yeterli düzeyde alıp almadığı kontrol edilmelidir (Altay, Cabar ve Altay, 2018; Başdaş ve Özbey, 2020; Martin vd., 2012). Adölesan dönem hızlı büyüme ve gelişmenin olduğu, adölesanın ruh halinde çeşitli değişiklikler olduğu kompleks bir dönemdir. Bu dönemde adölesanlar hızlı bir şekilde ulaşabilecekleri paketli hazır gıdalara yönelmekte ve sağlıksız beslenme şekline daha yatkın olmaktadır. Adölesan dönemde dengeli ve yeterli beslenememe okul başarısına etki etmekle birlikte obezite, diyabet, demir eksikliği anemisi ve daha birçok metabolizma hastalıklarına yol açmaktadır. Yapılan araştırmalar göstermektedir ki ilkökul sonrası çocuklarda meyve ve sebze tüketimi azalarak paketli gıdalara yönelim artmakta ve süt, ayran, taze sıkılmış meyve suları yerine gazlı içeceklerle yönelim artmaktadır. Adölesan dönemde karşı cinse kendini beğendirmek amacıyla veya beden imajındaki hızlı değişimler ve hazır gıdalar sonucu kilo aldığını düşünen bazı adölesanlarda tek tip besin ögesi odaklı diyetler de çok yaygındır. Bu diyetler sonucunda

adölesanın günlük alması gereken besin öğelerini alamaması nedeniyle çeşitli sağlık problemleri açığa çıkmaktadır (Cabir, 2019; Haspolat ve Aktar, 2016; Kassebaum vd., 2019; Kaya, 2021; Lewis vd., 2002; Sapthiang vd., 2020; Ünsal, 2017; WHO, 2023). Dijital oyun bağımlılığı gibi bağımlılık türleri uzun saatler ekran başında hareketsiz zaman geçirme, oyundan uzaklaşmak istememe ve hızlıca yemek yemek için fast-food gıdalara yönelimde artmalara neden olmakta ve adölesan beslenme sorunları açığa çıkmaktadır. Literatürde olan araştırmalar göre adölesanların oyun bağımlılığı düzeyleri arttıkça çeşitli yeme bozuklukları artmakta ve beden kitle indeksinde artışlar olmaktadır. Hareketsiz yaşam, dijital oyun dışında başka bir aktivitenin olmaması sonucunda problemler artmaktadır (Alshehri ve Mohamed, 2019; Altay, Cabar ve Altay, 2018; Chen vd., 2014; Chuang, 2006; Dietrich vd., 2014; Farre vd., 2018; Kassebaum vd., 2019; Lestari vd., 2019; Mustafaoğlu vd., 2018; Nijhof vd., 2018; Santelli vd., 1998; Sapthiang vd., 2020; Srof ve Velsor-Friedrich, 2006; Sunarsih vd., 2020; Temel vd., 2011; Wang, 2016).

Çalışmamızda adölesanların oyun bağımlılığı ölçeği puan ortalamaları ile sosyal destek alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Sosyal destek bireye aile, okul, sağlık kuruluşu temelli bütün yaklaşımda bulunma ve bireyin fiziksel, sosyal, bilişsel ihtiyaçlarını giderebilmektedir. Adölesan dönemde en önemli sosyal destek kaynağı ebeveynleridir. Bu dönemde adölesana anlayışla yaklaşan sabırlı olabilen adölesan ve ebeveyni arasında pozitif ilişki gözlenmektedir (Başdaş ve Özbey, 2020; Temel, 2021). Literatürde dijital oyun bağımlılığı ve sosyal destek arasındaki ilişkiye bakıldığı zaman sosyoekonomik düzeyi yüksek olan adölesanların oyun bağımlılığı riskinin daha yüksek olduğu ve teknolojik araçlara ulaşımında zorlanmadıkları için bağımlılık düzeyleri artmaktadır (Alshehri ve Mohamed, 2019; Aslan, Başcılar ve Karataş, 2022; Başdaş ve Özbey, 2020; Hebecci, Bertiz ve Alan, 2022; Kaya, 2021; Lacasse, 2014; Temel, 2021).

Adölesan sağlığı geliştirme ölçeği alt boyutlarının oyun bağımlılığını yordaması üç farklı modelde değerlendirilmiştir. Birinci modelde sadece ölçek alt boyutları modele eklenmiş ve oyun bağımlılığını anlamlı olarak etkileyen faktör sağlık sorumluluğu olduğu belirlenmiştir. Sağlık sorumluluğu bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik halini korumak için üzerine düşen görevleri yerine getirmesidir. Sağlıkla ilgili davranışların farkında olması ve bireyin sorumluluğunda olmasıdır. Başka bir ifadeye göre ise birey

yani adölesanın egzersiz, kilo kontrolü, bağımlılık yapabilecek ürünlerden uzak durması ve sağlık kontrollerini aksatmamasıdır. Sağlık sorumluluğu ile sağlığın geliştirilmesi arasında kuvvetli bir bağ vardır. Sağlık sorumluluklarının farkında olan adölesan sağlığı geliştirici davranışlarda bulunur ve zararlı alışkanlıklarda uzak durmaktadır (Avcı, 2016; Cabir, 2019; Tanrıverdi ve Yekelenga, 2019). Sağlık davranışları adölesanın içinde bulunduğu toplumdan, sağlık okuryazarlık düzeyinden, sağlık eşitsizliklerinden, zihinsel kapasitesinden ve sosyal medya gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Aşırı ve sağlıksız beslenme, kötü alışkanlıklar edinme, hareketsiz yaşam, hijyen eksikliği gibi konular riskli davranışlar olarak değerlendirilir ve sağlığa olumsuz etkilerde bulunmaktadır. Bu davranışlar birey ve halkın sağlığına olumsuz katkılarda bulunur. Adölesanın yaşam tarzı ve sosyokültürel duruma bakılarak yaşam tarzı değişikliğine gitmek en basit ve maliyetsiz önlemlerden birisidir (Avcı, 2016; Cabir, 2019; Tanrıverdi ve Yekelenga, 2019; Yesilot, 2016). Adölesan döneme bakıldığı zaman ise sağlıklı davranış biçiminin benimsenmesi ve zararlı alışkanlıklardan uzak durması sağlık sorumluluğunu arttırmak için önemli bir adımdır (Cabir, 2019). Literatür taraması sonucunda dijital oyun bağımlılığı yüksek olan adölesanların sağlık sorumluluğu düzeylerinin azaldığı ve öz-bakım ihtiyaçlarını aksattıkları görülmektedir. Sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça bağımlılık davranışlarının azaldığı görülmektedir. Dijital oyun bağımlılığı düzeyi yüksek olan adölesanların egzersiz, sağlıklı beslenme, sağlıklı yaşam davranışı düzeylerinin azaldığı sonucuna ulaşılmaktadır. Aynı şekilde dijital oyun bağımlılığı artan adölesanın sağlığını tanımlama şekli ve sağlık sorumluluğunu tanımlama durumu da kötü yönde etkilenmektedir (Avcı, 2016; Cabir, 2019; Oyur vd., 2009; Tanrıverdi ve Yekelenga, 2019; Ünsal, 2017). Yaptığımız araştırma sonucunda dijital oyun bağımlılığı ve sağlık sorumluluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve dijital oyun bağımlılığı arttıkça sağlık sorumluluğu alt puan ortalaması azalmıştır.

İkinci modele sağlığı geliştirme ölçeği alt boyutları ve sosyodemografik değişkenler eklendiğinde oyun bağımlılığını anlamlı etkileyen faktörlere kronik hastalığa sahip olma ve sağlığın subjektif olarak kötü değerlendirilmesi eklenmiştir. Bu durum kronik hastalığı olan adölesanın hastalığı nedeni ile evde uzun süre vakit geçirmesine, okul devamsızlığının daha fazla olmasına, sokak oyunlarına çok fazla katılmamasına ve ebeveynlerin hastalığı nedeni ile adölesana daha fazla hoşgörü göstermesine bağlı olabilir.

Üçüncü ve son modelde ise stres yönetimi, dijital oyun oynama süresi, dijital oyun oynarken ödev yapmayı unutma, dijital oyun oynayamadığında kendini mutsuz hissetme ve dijital oyun oynayamadığında sinirli hissetme değişkenlerinin de oyun bağımlılığını anlamlı etkileyen faktörlere eklendiği görülmüştür. Adölesanların günlük dijital oyun oynama süresi arttıkça dijital oyun bağımlılığının da arttığını belirtmiştir (Kaya, 2022). Oyun bağımlılığında oyun oynama süresi bağımlılık için önemli bir faktör olmakla birlikte tek belirleyici faktör değildir. Çünkü bireyin oyun oynama süresi az olabilir ancak oyun oynamayı bıraktığında da zihni oyun ile meşgul olabilir, oyunu düşünebilir ve bu nedenle yapması gereken sorumluluklarını yerine getiremeyebilir. DSM-5 ‘te internet oyun bozukluğu tanı kriterlerinde de modele benzer şekilde “İnternet oyunları ile zihinsel olarak meşgul olmak” ve “İnternet oyunları olmadığında yoksunluk semptomları göstermek” kriterleri yer almaktadır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Adölesanların sağlığı geliştirme davranışı ve dijital oyun bağımlılığı arasındaki ilişkinin incelenmesi amacı ile yapılan bu çalışmada şu sonuçlara ulaşılmıştır:

- Adölesanların %87.3'ü dijital oyun oynamaktadır.
- Adölesanların dijital oyun bağımlılığı düşük-orta düzeydedir.
- Kronik hastalığı olan ve sağlık durumunu kötü değerlendiren adölesanların dijital oyun bağımlılığı ölçeği puanı daha yüksektir.
- Dijital oyun oynama süresi arttıkça, dijital oyun oynamadığındaki duygu durumu kötüleştikçe oyun bağımlılığı riski artmıştır.
- Adölesanların yaşlarına göre ASGÖ alt boyutları olan sağlık sorumluluğu, egzersiz ve beslenme ASGÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.
- Annesi ilköğretim mezunu olan adölesanların sosyal destek alt boyut puanları daha düşük, kardeşi olmayan adölesanların sosyal destek alt boyut puanları ise daha yüksektir.
- Gelir durumu düşük olan adölesanların stres yönetimi alt boyut puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.
- Sosyal güvencesi olan adölesanların sağlık sorumluluğu ve egzersiz alt boyut puanları daha yüksektir.
- Sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren adölesanların yaşam takdiri, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi beslenme alt boyut puanları daha yüksektir.
- Adölesanların dijital oyun oynama süreleri arttıkça yaşam takdiri, sağlık sorumluluğu, egzersiz ve beslenme alt boyut puanları azalır.
- Dijital oyun oynamadığında duygu durumu kötüleşen adölesanların yaşam takdiri, sağlık sorumluluğu, egzersiz ve beslenme alt boyut puanları azalmaktadır.
- Sonuç olarak oyun bağımlılığını anlamlı olarak etkileyen faktörler sağlık sorumluluğu, kronik hastalığa sahip olma, sağlığın subjektif olarak kötü değerlendirilmesi, stres yönetimi, dijital oyun oynarken ödev yapmayı unutmadır.
- Adölesanlarda dijital oyun bağımlılığı ölçeği puanı arttıkça sağlığı geliştirme davranışı azalır.

6.2. Öneriler:

Yapılan literatür taraması ve araştırmamız sonucunda dijital oyun bağımlılığı riski arttıkça sağlığı geliştirme davranışının negatif olarak etkilendiği görülmüştür.

Dijital oyun bağımlılığını azaltmak ve sağlıklı yaşam biçimi davranışının geliştirilmesi için okul hemşiresi, rehber öğretmen ve adölesanın ailesi iş birliği içerisinde olmalıdır. Sadece çocuğu eğitmek yeterli bir önlem değildir. Düzenli aralıklarla seminerler düzenlenmeli ve adölesanların oyun bağımlılığı ve sağlığı geliştirme davranışları çeşitli anketlerle periyodik olarak ölçülmelidir. Riskli grup olsun olmasın tüm adölesanlara eğitimler düzenlenmelidir. Riskli gruptaki adölesanlarla daha sık görüşülmeli ve adölesanın sosyal etkileşime geçmesi için adölesan grupları oluşturulmalıdır. Çeşitli etkinlikler düzenlenerek adölesanın dijital oyunlardan uzaklaştırılması sağlanmalıdır.

Aynı şekilde ebeveynler de desteklenmeli adölesan-aile etkileşiminin arttırılması için programlar düzenlenmelidir.

Okul hemşireleri tarafından düzenli boy, kilo ve sağlıklı yaşam taramaları ile oyun bağımlılığı testleri yapılarak sağlıklı yaşam biçimi aşılanmalıdır.

KAYNAKLAR

- Aktaş B (2018). *Ortaokul Öğrencilerinde İnternet ve Dijital Oyun Bağımlılığının Psikolojik Sağlık ve Saldırganlıkla İlişkisi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Kafkas Üniversitesi, Kars. Türkiye. Erişim Adresi: https://acikbilim.yok.gov.tr/bitstream/handle/20.500.12812/97396/yokAcikBilim_10224023.pdf?sequence=-1&isAllowed=y
- Alagöz N (2019). *Ortaöğretim Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Düzeyleri İle İnternet Ve Oyun Bağımlılığı İlişkisi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İnönü Üniversitesi, Malatya. Türkiye. Erişim Adresi: <http://hdl.handle.net/11616/18507>
- Alshehri AG, Mohamed AMAS (2019). The Relationship Between Electronic Gaming and Health, Social Relationships, and Physical Activity Among Males in Saudi Arabia. *American Journal of Men's Health*, 13(4): 1-6. DOI: 10.1177/1557988319873512
- Altay M, Cabar HD, Altay B. (2018). Adölesan Döneminde Çocuklarda Beslenme ve Okul Sağlığı. *Sinop Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(1): 173-180. DOI: 10.30561/sinopUSD.414093
- Andiç S, Batigün AD (2021). DSM-5 Tanı Ölçütleri Temelinde İnternet Bağımlılığı Ölçeği'nin Geliştirilmesi: İnternet Oyun Oynama Bozukluğu Açısından Bir Değerlendirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 32(1): 33-42. DOI : 10.5080/u23194
- Anlı G (2018). Ergenler İçin Oyun Bağımlılığı Ölçeği Kısa Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalış. *Journal of Turkish Studies*, 13(11): 189-203. DOI: 10.7827/turkishstudies.13371
- Aslan H, Başcılar M, Karataş K (2022). Ergenlerde Dijital Oyun Bağımlılığı ile Sosyal Beceriler Arasındaki İlişki. *Bağımlılık Dergisi*, 23(3): 266-274. DOI: 10.51982/bagimli.1033761
- Avcı YD (2016). Kişisel Sağlık Sorumluluğu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3): 259-266. Gulhane Military Medical Academy. DOI: 10.5455/pmb.1-1445494881
- Aydogdu F (2018). Dijital Oyun Oynayan Çocukların Dijital Oyun Bağımlılıklarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Ulakbilge Dergisi*, 6(31): 1-18. DOI: 10.7816/ulakbilge-06-31-01
- Balhara YPS, Mahapatra A, Sharma P, Bhargava R (2018). Problematic internet use among students in South-East Asia: Current state of evidence. İçinde *Indian journal of public health*, 62(3):197-210. DOI: 10.4103/ijph.IJPH_288_17
- Başdaş Ö, Özbey H (2020). Digital game addiction, obesity, and social anxiety among adolescents. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(2): 17-20. DOI: 10.1016/j.apnu.2019.12.010

- Bebiş H, Akpunar D, Özdemir S, Kiliç S (2015). Bir Ortaöğretim Okulundaki Adölesanların Sağlığı Geliştirme Davranışlarının İncelenmesi. *Gulhane Medical Journal*, 57(2): 129-135. DOI: 10.5455/gulhane.43275
- Binark M, Bayraktutan G (2011). Katılımın “e-hali”: Gençlerin Sanal Alemi. *Alternatif Bilişim*, 1-30. Erişim Adresi: <http://www.alternatifbilisim.org>
- Brindis CD, Hair EC, Cochran S, Cleveland K, Valderrama LT, Park MJ (2007). Increasing access to program information: A strategy for improving adolescent health. *Maternal and Child Health Journal*, 11(1): 27-35. DOI: 1007/s10995-006-0143-6
- Cabir FB (2019). *Adölesanlarda Oyun Bağımlılığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul. Türkiye. Erişim Adresi: <https://avesis.marmara.edu.tr/yonetilen-tez/6cb2ef0f-6ff6-436a-ac04-b8e1d58a2f09/adolesanlarda-oyun-bagimlilik-ve-saglikli-yasam-bicimi-davranislari>
- Can HC, Hazar M, Fakazlı AE, Tuzcuoğulları ÖT (2022). A traditional children’s play: “Seeker, do not give me to the wolf”. *Journal of Human Sciences*, 19(2): 185-189. DOI: 10.14687/jhs.v19i2.6284
- Chen MY, Lai LJ, Chen HC, Gaete J (2014). Development and validation of the short-form adolescent health promotion scale. *BMC Public Health*, 14(1). DOI: 10.1186/1471-2458-14-1106
- Chiu S, Lee J, Huang D (2004). Video game addiction in children and teenagers in Taiwan. *Cyberpsychology & Behaviour*, 7(5): 571-581. DOI: 10.1089/cpb.2004.7.571
- Choi J, Cho H, Lee S, Kim J, Park EC (2018). Effect of the online game shutdown policy on internet use, internet addiction, and sleeping hours in Korean adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 62(5): 548-555. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2017.11.291
- Choo H, Gentile DA, Sim T, Li D, Khoo A, Liau AK (2010). Pathological video-gaming among Singaporean youth. *Annals Academy of Medicine*, 39(11): 822-829. Erişim Adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21165520/>
- Chuang YC (2006). Massively multiplayer online role-playing game-induced seizures: A neglected health problem in internet addiction. *Cyberpsychology & Behavior*, 9(4): 452-455. DOI: 10.1089/cpb.2006.9.451
- Civelek E (2019). Adölesan Dönemi ve Özkıyım Girişimi. *Turkish Journal of Pediatric Disease*, 1. DOI: 10.12956/tchd.542211

- Craig CL, Brownson RC, Cragg SE, Dunn AL (2002). Exploring the effect of the environment on physical activity a study examining walking to work. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(2): 36-43. DOI: 10.1016/s0749-3797(02)00472-5
- Çakır Ö, Ayas T, Horzum, M (2011). An investigation of university students' internet and game addiction with respect to several variables. *Journal of Faculty of Educational Sciences*, 44(2): 95-117. DOI: 10.1501/Egifak_00000001226
- Çakır VD (2021). *Analysis of digital game addiction of high school students in term of relationship between loneliness and internet parenting styles and investigation of digital game addiction according to various demographics* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Başakşehir Üniversitesi, İstanbul. Türkiye. Erişim Adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Çıtak NB, Ak B, Cerit B, Ertem M, Çıtak GT (2020). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 4(3): 1-22. DOI: 10.25279/sak.525847
- Dağdevire Z, Şimşek Z (2013). Şanlıurfa İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları ve İlişkili Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(2): 135-142. DOI: 10.5455/pmb
- Demir A (2022). *Covid-19 Pandemi Sürecinde 14-18 Yaş Grubundaki Çocukların Çevrimiçi Oyun Bağımlılığının Saldırganlık Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Okan Üniversitesi, İstanbul. Türkiye. Erişim Adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Demirezen E, Coşansu G (2005). Adölesan Çağı Öğrencilerde Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Dergisi*, 14(8): 174-178. Erişim Adresi: <https://www.ttb.org.tr/STED/sted0805/adolesan.pdf>
- Derman O (2008). Ergenlerde Psikososyal Gelişim. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*, 63(1): 19-21. Erişim Adresi: <http://genclikbirikimi.org/kunye-29236-ergenlerde-psikososyal-gelisim-makale>
- Dietrich JJ, Coetzee J, Otvombe K, Hornschuh S, Mdanda S, Nkala B, Makongoza M, Tshabalala C, Soon CN, Kaida A, Hogg R, Gray GE, Miller CL (2014). Adolescent-friendly technologies as potential adjuncts for health promotion. *Health Education*, 114(4): 304-318. DOI: 10.1108/HE-08-2013-0039
- Dinçer B, Kolan Hİ (2020). Ortaokul Öğrencilerinin Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Düzeyleri ile Sorumluluk Davranışı Arasındaki İlişki. *Kastamonu Education Journal*, 28(6): 2319-2330. DOI: 10.24106/kefdergi.4004

- Dolgun G, İnal S, Uğurlu F (2011). Ergen Sağlığının Sürdürülme ve Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü. *Türk Pediatri Arsivi*, 46(1): 4-8. DOI: 10.4274/tpa.46.21
- Ektiricioğlu C, Arslantaş H, Yüksel R (2020). Ergenlerde Çağın Hastalığı: Teknoloji Bağımlılığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 29(1): 51-64. DOI: 10.17827/aktd.498947
- Ercan T, Pul M, Genç Z, Rustamli S, Demir T, Tataroğlu Ö, Altun M, Turan M, Dağdaş A, Özel T, Tik H, Yeşilalan B, Yardım M, Özcebe H (2017). Bir Lisenin 10. Sınıf Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları: Kesitsel Bir Çalışma. *Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*, 51(3): 140-145. DOI: 10.16948/zktpb.463434
- Erkılıç E (2021). *Ortaokul Öğrencilerinin Dijital Oyun Bağımlılığının Yalnızlık ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkisi ve Çeşitli Demografikler Açısından İncelenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Okan Üniversitesi, İstanbul. Türkiye.
- Erkoç Y, Göçmen L (2011). Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 1(1): 1-38, Ankara, Türkiye. Erişim Adresi: <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/439>
- Farre A, Pinheiro P, Vieira N, Gubert F, Alves M, Monteiro E (2018). Adolescent health promotion based on community-centered arts education. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1): 26-33. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0078
- Geckil E, Yıldız S (2006). Adolesan Sağlık Davranışları ve Sorunları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 13(1): 26-34. Erişim Adresi: https://dergipark.org.tr/tr/pub/hunhemsire/issue/7849/103330#article_cite
- Gentile D (2009). Pathological video-game use among youth ages 8 to 18: A national study. *Psychological Science*, 20(5): 594-602. DOI: 10.1111/j.1467-9280.2009.02340.x
- Grüsser SM, Thalemann R, Griffiths MD (2007). Excessive computer game playing: evidence for addiction and aggression. *Cyberpsychology and Behavior*, 10(2): 290-292. DOI: 10.1089/cpb.2006.9956
- Gülbetekin E, Güven E, Tuncel O (2021). Adolesanların Dijital Oyun Bağımlılığı ile Fiziksel Aktivite Tutum ve Davranışlarını Etkileyen Faktörler. *Bağımlılık Dergisi*, 22(2): 148-160. DOI: 10.51982/bagimli.866578
- Haspolat YK, Aktar F (2016). Adolesan Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul: Cinius Yayınları.
- Hazar K., Özpolat Z, Hazar Z (2020). Ortaokul Öğrencilerinin Dijital Oyun Bağımlılığı Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi (Niğde İli Örneği). *Spormetre*, 18(1): 225-234. DOI: 10.33689/spormetre.647313

- Hazar Z, Demir GT, Namlı S, Türkeli A (2017). Investigation of the relationship between digital game addiction and physical activity levels of secondary school students. *Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 11(3): 320-332. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/bsd/issue/53469/711685>
- Hebebe MT, Bertiz Y, Alan S (2022). Investigation of university students' awareness of digital game addiction. *International Conference on Studies in Education and Social Science*, 675-686. Erişim Adresi: https://www.researchgate.net/publication/366823016_Investigation_of_University_Students%27_Awareness_of_Digital_Game_Addiction
- Hilli Y, Pedersen G (2021). School nurses' engagement and care ethics in promoting adolescent health. *Nursing Ethics*, 28(6): 967-979. DOI: 10.1177/0969733020985145
- Hoefl F, Watson CL, Kesler SR, Bettinger KE, Reiss AL (2008). Gender differences in the mesocorticolimbic system during computer game-play. *Journal of Psychiatric Research*, 42(4): 253-258. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2007.11.010
- Horzum MB, Ayas T, Çakır BÖ (2008). Çocuklar İçin Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeği. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(30): 76-88. Erişim Adresi: <http://pdrdergisi.org/index.php/pdr/article/view/248/178>
- Karabulut, V. (2019). *Ortaöğretim Öğrencilerinde Dijital Oyun Bağımlılığı ve Şiddet Eğilimi İlişkisi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep, Türkiye. Erişim Adresi: <https://hdl.handle.net/20.500.11782/1920>
- Karaduman M, Aciyan EP (2020). Baudrillard'ın Simülasyon Kuramı Bağlamında Dijital Oyunlar ve Bağımlılık Üzerine Bir Değerlendirme. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 22(1): 453-472. DOI: 10.26468/trakyasobed.550935
- Kassebaum NJ, Reiner RC, Olsen HE, Ikeda CT, Echko MM, Ballestreros KE, Manguerra H, Martopullo I, Millier A, Shields C, Smith A, Strub B, Abebe M, Abebe Z, Adhena BM, Adhikari TB, Akibu M, Al-Raddadi RM, Alvis-Guzman N, Murray CJL (2019). Diseases, injuries, and risk factors in child and adolescent health, 1990 to 2017: Findings from the global burden of diseases, injuries, and risk factors 2017 study. *The Journal of the American Medical Association Pediatrics*, 173(6): 1-17. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2019.0337
- Kassebaum N, Kyu HH, Zockler L, Olsen HE, Thomas K, Pinho C, Bhutta ZA, Dandona L, Ferrari A, Gihwot TT, Hay SI, Kinfu Y, Liang X, Lopez A, Malta DC, Mokdad AH, Naghavi M, Patton GC, Salomon J, Vos T (2017). Child and adolescent health from 1990 to 2015: Findings from the global burden of diseases, injuries, and risk factors 2015 study. *The Journal of the American Medical Association Pediatrics*, 171(6): 573-592. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2017.0250

- Kaya A (2021). Adölesanlarda Dijital Oyun Bağımlılığının Mutluluk ve Yaşamın Anlamına Etkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 22(3): 297-304. DOI: 10.51982/bagimli.902685
- Kaya A (2022). Ergenlerde Dijital Oyun Bağımlılığının Bazı Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Electronic Journal of New Media*, 6(1): 1-11. DOI: 10.17932/iau.ejnm.25480200.2022/ejnm_v6i1001
- Kelly KB (2007). Promoting adolescent health. *International Journal of Paediatrics*, 96(10): 1389-1391. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2007.00477.x
- Kim Y (2011). Adolescents health behaviours and its associations with psychological variables. *Cent Eur J Public Health*, 19(4): 205-209. DOI: 10.21101/cejph.a3694
- King AC, Stokols D, Talen E, Brassington GS, Killingsworth R (2002). Theoretical approaches to the promotion of physical activity forging a transdisciplinary paradigm. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(2): 15-25. DOI: 10.1016/s0749-3797(02)00470-1
- Lacasse JR (2014). After DSM-5: A critical mental health research agenda for the 21st century. *Research on Social Work Practice*, 24(1): 5-10. DOI: 10.1177/1049731513510048
- Lestari MD, Ainurokhmah A, Suruklusy BL, Ningsih DR, Anwar K, Novia P, Novalia RID, Wahyuni S (2019). Improving knowledge of adolescent women about menstruation through health promotion. *Community Service Journal of Indonesia*, 1(2): 21-24. DOI: 10.36720/csji.v1i2.133
- Lewis BA, Marcus BH, Pate RR, Dunn AL (2002). Psychosocial mediators of physical activity behavior among adults and children. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(2): 26-35. DOI: 10.1016/s0749-3797(02)00471-3
- Martin A, Saunders DH, Shenkin SD, Sproule J (2012). Lifestyle intervention for improving school achievement in overweight or obese children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 14(3): 1-12. DOI: 10.1002/14651858.cd009728
- Mustafaoğlu R, Zirek E, Yasacı Z, Razak ÖA. (2018). The negative effects of digital technology usage on children's development and health. *The Turkish Journal on Addictions*, 5(2): 228-247. DOI: 10.15805/addicta.2018.5.2.0051
- Mylona I, Deres ES, Dere GDS, Tsinopoulos I, Glynatsis M (2020). The impact of internet and videogaming addiction on adolescent vision: A review of the literature. *Frontiers in Public Health*, 8(1): 1-6. DOI: 10.3389/fpubh.2020.00063
- Nazlıgül MD, Yılmaz AE (2019). Oyun Bağımlılığı ve Egzersiz Bağımlılığına Davranışsal Bağımlılık Çerçevesinden Bakış. *Journal of Dependence*, 20(2): 97-108. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/bagimli/issue/44300/550049>

- Nijhof SL, Vinkers CH, Geelen SM, Duijff SN, Achterberg EJM, Net J, Veltkamp RC, Grootenhuis MA, Putte EM, Hillegers MHJ, Brug AW, Wierenga CJ, Benders MJNL, Engels RCME, Ent CK, Vanderschuren LJMJ, Lesscher HMB (2018). Healthy play, better coping: The importance of play for the development of children in health and disease. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 95(1): 421-429. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2018.09.024
- Onder C, Ardic A (2020). Problematic internet use and digital gaming in adolescents: Problems, nursing interventions, and outcomes. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 58(12): 51-59. DOI: 10.3928/02793695-20200918-02
- Oyur ÇG, Malak TA, Bektaş M, Yılmaz D, Yümer AS, Öztürk Z, Demir E (2009). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 3(3): 164-169. Erişim Adresi: <https://www.academia.edu/9721843>
- Pehlivan H (2016). Oyunun Gelişim ve Öğrenmedeki Rolü. *Journal of Human Sciences*, 13(2): 3280-3292. DOI: 10.14687/jhs.v13i2.3767.
- Petry NM, Rehbein F, Hung Ko C, Brien CP (2015). Internet gaming disorder in the DSM-5. *Current Psychiatry Reports*, 17(9): 72. DOI: 10.1007/s11920-015-0610-0.
- Porter G, Starcevic V, Berle D, Fenech P, (2010). Recognizing problem video game use. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44: 120-128. Erişim Adresi: www.gamerwidow.com
- Sağlan Y, Bilge U (2018). Adölesan ve Okul Sağlığı. *Türkiye Klinikleri*, 11-16. Erişim Adresi: <https://www.researchgate.net/publication/328149288>
- Santelli J, Vernon M, Lowry R, Osorio J, Dushaw M, Lancaster MS, Pham N, Song E, Ginn E, Kolbe LJ, Sang E (1998). Managed care, school health programs, and adolescent health services: Opportunities for health promotion. *Journal of School Health*, 68(10): 434-440. DOI: 10.1111/j.1746-1561.1998.tb06325.
- Sapthiang S, Van GW, Shonin E, Griffiths MD (2020). Adolescent problem gambling requires community-level health promotion approaches. *Addiction Research and Theory*, 28(2): 91-94. DOI: 10.1080/16066359.2019.1590559
- Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 2(3): 223-228. DOI: 10.1016/S2352-4642(18)30022-1
- Srof BJ, Velsor-Friedrich B (2006). Health promotion in adolescents: A review of pender's health promotion model. *Nursing Science Quarterly*, 19(4): 366-373. DOI: 10.1177/0894318406292831

- Sunarsih T, Astuti EP, Shanti EFA, Ambarwati ER (2020). Health promotion model for adolescent reproductive health. *Electronic Journal of General Medicine*, 17(3). DOI: 10.29333/ejgm/7873
- Şişman NY, Çakır GA (2021). Adölesanlarda Öz-bakım Gücü Sağlığı Geliştirme Arasındaki İlişki ve Öz-bakım Gücünü Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(1): 29-34. DOI: 10.31125/hunhemsire.906938
- Tanrıverdi M, Yekelenga S (2019). Genç Yetişkinlerde Dijital Oyun Bağımlılığın Sağlıklı Yaşam Parametreleri Üzerine Etkisi. *Journal of Dependence*, 20(4): 224-231. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/bagimli/issue/48203/638951>
- Taş İ, Karacaoğlu D, Akpınar İ, Taş Y (2022). Ergenlerde Aile Yaşam Doyumu ile Dijital Oyun Bağımlılığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Online Journal of Technology Addiction & Cyberbullying*, 9(1): 28-42. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ojtac/issue/71122/1081361>
- Temel AB, İz FB, Yıldız S, Yetim D (2011). The Reliability and Validity of Adolescent Health Promotion Scale in Turkish Community. *The Journal of Current Pediatrics*, 9(1): 14-22. Erişim Adresi: http://uvf.ulakbim.gov.tr/uvf/index.php?cwid=9&vtadi=TTIP%2CTSOS&ano=140337_f2c1e60cc546f100b005a9d754b02ac3
- Temel V (2021). INSAC Academic developments on social and education sciences. Ankara: Duvar Kitabevi. Erişim Adresi: <https://www.researchgate.net/publication/356727813>
- Tereshchenko S, Kasparov E, Smolnikova M, Shubina M, Gorbacheva N, Moskalenko O (2021). Internet addiction and sleep problems among Russian adolescents: A field school-based study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19): 1-18. DOI: 10.3390/ijerph181910397
- Uzunoglu A (2021). Dijital Oyun ve Bağımlılık. *Yeni Medya*, 11(1): 116-131. DOI: 10.34189/ymd.2021.11.007
- Ünal M (2009). The place and importance of playgrounds in child development. *Inonu University Journal of the Faculty of Education*, 10(2): 95-109. Erişim Adresi: <https://www.researchgate.net/publication/325488281>
- Ünsal A (2017). Hemşireliğin Dört Temel Kavramı: İnsan, Çevre, Sağlık ve Hastalık. *Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1): 11-25. Erişim Adresi: <https://www.researchgate.net/publication/341378894>
- Wang YW (2016). Health promotion policies for all in Taiwan. Health Promotion Administration Ministry of Health and Welfare: Taipei City. DOI: 10.6224/JN.201810_65(5).02

- WHO (2023). Health promotion. Erişim Adresi: https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1
- Yalçın IA, Erdoğan S (2016). Digital game addiction among adolescents and young adults: A current overview. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(2): 1-10. DOI: 10.5080/u13407
- Yesilot SB (2016). Nursing presence: A theoretical overview. *Journal of Psychiatric Nursing*. 7(2): 94-99. DOI: 10.5505/phd.2016.96967
- Yıldırım NŞ, Arslan GÇ (2021). Adölesanlarda Öz-Bakım Gücü Sağlığı Geliştirme Arasındaki İlişki ve Öz-bakım Gücünü Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(1): 29-34. DOI: 10.31125/hunhemsire.906938
- Yılmaz M, Türkleş S (2015). Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulamaları Kapsamında Türkiye’de Yapılmış Çalışmaların Hemşirelik Müdahalelerine Etkisi: Sistemik Bir Derleme. *Türkiye Klinikleri Psychiatric Nursing*, 1(2): 107-114. Erişim Adresi: <https://www.researchgate.net/publication/301297235>
- Yüksel H (2012). Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışlarına Etki Eden Sosyal Faktörler. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi-Sayı*, 34(1): 137-150. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/55822>
- Zivari-Rahman M, Shokouhi-Moghaddam S, Khezri-Moghadam N, Javanmard Z, Sarmadi-Ansar H, Aminaee M (2013). A Study of the correlation between computer games and adolescent behavioral problems. *Addict Health*, 5(1): 43-49. Erişim Adresi: <http://ahj.kmu.ac.ir>, 4 April

EKLER

Ek 1: ETİK KURUL ONAYI

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP VE SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURULU - 2 (SPOR,SAĞLIK) KARARI

Protokol No : 210032

Karar No : 37

Araştırma Yürütücüsü	Yüksek Lisans Öğrencisi ESRA KOÇAK
Kurumu / Birimi	MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ/ HEMŞİRELİK
Araştırmanın Başlığı	Adölesanlarda Sağlığı Geliştirme Davranışı ile Oyun Bağımlılığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
Başvuru Formunun Etik Kurula Geldiği Tarih	14.11.2021
Başvuru Formunun Etik Kurulda İncelendiği Tarih	İlk İnceleme Tarihi : 16.11.2021 1. Düzeltme Tarihi : 05.12.2021
Karar Tarihi	22.12.2021

KARAR : **UYGUNDUR**

AÇIKLAMA :Beyan edilen veri formlarının dışına çıkılmaması şartıyla araştırmanın uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

Prof.Dr. MEDİA SUBAŞI BAYBUĞA
Başkan

Doç. Dr. Ayşe KACAROĞLU VİCDAN
Üye

Prof.Dr. Baki Umut TUĞAY
Üye

Prof.Dr. Süleyman Murat YILDIZ
Üye

Doç.Dr. Gönül BABAYİĞİT İREZ
Üye

Doç.Dr. Şeyda KIVRAK
Üye

Doç. Dr. Halil Evren ŞENTÜRK
Üye



Ek 2: KURUM İZİN ONAYI

T.C.
MUĞLA VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : E-70004082-604.02-45090936
Konu : Araştırma Uygulama İzin Talebi

07.03.2022

VALİLİK MAKAMINA

İlgi: a) Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının 08.02.2022 tarihli ve 43326531 sayılı yazısı.
b) 11/10/2021 tarihli ve 34277264 sayılı Makam Oluru.

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Esra KOÇAK'ın tez çalışmasını, Muğla İlindeki Dalaman İlçe Millî Eğitim Müdürlüğüne bağlı; Atatürk Ortaokulu, Atakent Ortaokulu, Cumhuriyet Ortaokulu, Çiflik Ortaokulu, Şehit Mehmet Akif Sancar İmam Hatip Ortaokulu ve Karaçalı Ortaokulunda öğrenim gören öğrencilere uygulama talebi ile ilgili ilgi (a) yazı ve ekleri yazımız ekinde sunulmuştur.

Bu kapsamda, Bakanlığımızın 21/01/2020 tarihli ve 1563890 sayılı yazısı (2020/2 No'lu genelge) doğrultusunda ve ilgi (b) Makam Onayı ile oluşturulan komisyonun uygun görüşüyle, Esra KOÇAK'ın "**Adölesanlarda Sağlığı Geliştirme Davranışı ile Oyun Bağımlılığı Arasında İlişkinin İncelenmesi**" konulu çalışması;

2021-2022 eğitim öğretim yılında ve eğitim öğretimi ve kurum faaliyetlerini aksatmayacak şekilde,denetimi ilçe millî eğitim müdürlükleri ve okul/ kurum idaresinde olmak üzere, kurum müdürünün uygun gördüğü bir zamanda, gönüllülük esasına göre; ilgili okullarda öğrenim gören öğrencilere uygulaması Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görülmesi halinde, Olurlarınıza arz ederim.

Serap AKSEL

Müdür a.

İl Millî Eğitim Müdür Yardımcısı

OLUR

Emre ÇAY

Vali a.

İl Millî Eğitim Müdürü

Ek : Belgeler

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Adres : Emirbeyazıt Mah. Dr. Baki Ünlü Cad. No:12 Menteşe/MUĞLA

Belge Doğrulama Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/meb-ebys>

Bilgi için: BEHİYE BOZKURT

Telefon No : 0 (025) 280 48 24

E-Posta: stratejigelistirme48@meh.gov.tr

Kep Adresi : meb@hs01.kep.tr

Unvan : Memur

İnternet Adresi: <http://mugla.meb.gov.tr>

Faks: 2522804869

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <https://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden **c3ee-2b8c-37b2-8373-6c8d** kodu ile teyit edilebilir.

Ergenler İçin Oyun Bağımlılığı Ölçeği İzni

Esra Kocak <kocak.esra@mu.edu.tr>
Alınan: 7 Ekim 2021 12:20

7 Ekim 2021 12:20

Merhaba Hocam,
Ben Esra Koçak, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi'nde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde Lisansüstü eğitim görmekteyim. Tezimde "Adölesan Sağlığını Geliştirme Davranışı ve Oyun Bağımlılığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı konuyu çalışmak istiyorum. İzniniz olursa "Ergenler İçin Oyun Bağımlılığı Ölçeği"nizi kullanabilir miyim?
İyi günler dilerim.

GAZANFER ANLI <gazanfer.anli@mu.edu.tr>
Alınan: 7 Ekim 2021 12:31

7 Ekim 2021 12:31

Merhaba Esra hanım,
Bana ait olan tüm ölçekleri, bilimsel çalışmalarda kaynak göstermek kaydı ile yazılı izin almaksızın kullanabilirsiniz.
Başarılar dilerim.

Adölesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği İzni

Esra Kocak <kocak.esra@mu.edu.tr>
Alınan: 11 Ekim 2021 12:34

11 Ekim 2021 12:34

Merhaba Hocam,
Size daha önce de mail atmıştım. Tezim için izninize ihtiyacım var. Ben Esra Koçak, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi'nde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde Lisansüstü eğitim görmekteyim. Tezimde "Adölesan Sağlığını Geliştirme Davranışı ve Dijital Oyun Bağımlılığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı konuyu çalışmak istiyorum. İzniniz olursa "Adölesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği"nizi kullanabilir miyim?
İyi günler dilerim.

Fatma BASALAN İZ <basalan.fatma@mu.edu.tr>
Alınan: 11 Ekim 2021 13:13

11 Ekim 2021 13:13

Sayın Koçak,
Araştırmanızda başarılar dilerim. Ölçek ve makale ekte yer almaktadır. Sağlıklı günler dilerim.

Not:Madde 2'nin, sağlık sorumluluğu alt boyutuna eklenmesi gerekiyor. Ters kodlama bulunmamaktadır. Maddeler ve alt boyutları makalenin içerisinde yer almaktadır.

Esra Kocak <kocak.esra@mu.edu.tr>, 11 Eki 2021 Pzt, 12:34 tarihinde şunu yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

2 eklenti

 ADÖLESAN SAĞLIĞINI GELİŞTİRME ÖLÇEĞİ.pdf
98K

 Güncel pediatri dergisi.pdf
907K

Ek 3: FORMLAR (VERİ / KAYIT FORMLARI / ANKET FORMLARI / vb.)

ADÖLESAN TANITICI BİLGİ FORMU

1. Yaşın kaç?.....

2. Cinsiyetin hangisi? 1. Kız () 2. Erkek ()

3. Hangi sınıfta eğitim görüyorsunuz?

1. 5. Sınıf () 2. 6. Sınıf () 3. 7. Sınıf () 4. 8. Sınıf ()

4. Annenin eğitim durumu nedir?

1. İlköğretim () 2. Lise () 3. Üniversite ve üzeri ()

5. Babanın eğitim durumu nedir?

1. İlköğretim () 2. Lise () 3. Üniversite ve üzeri ()

6. Gelir durumunuz nedir?

1. Gelir giderden az () 2. Gelir gidere denk () 3. Gelir giderden fazla ()

7. Kaç kardeşin var?

1. Hiç () 2. Bir () 3. İki ve üzeri ()

8. Kronik hastalığın var mı? 1.Evet () 2.Hayır ()

Açıklayınız.....

9. Sosyal güvencen var mı? 1.Evet () 2.Hayır ()

10. Sağlığını nasıl değerlendirirsin?

1. İyi () 2. Orta () 3. Kötü ()

11. Dijital oyun oynar mısın?

1. Evet () 2. Hayır ()

12. Yanıtın evet ise telefonda, bilgisayarda veya internette kaç saat oyun oynarsın?

1. Hiç () 2. 30-60 dk () 3. 1-2 saat () 4. 2-4 saat () 5. İstedğim kadar ()

13. Telefonda, bilgisayarda veya internette oyun oynamaya dâhıp ödevlerini yapmayı unuttuğun oldu mu?

1.Evet () 2.Hayır () (Evet ise kaç kere unuttun.....)

14. Dijital oyun oynamanız azaltıldığında ya da kısıtlandığında nasıl hissediyorsun?

1. Endişeli () 2. Mutsuz () 3. Oyun oynamayı özlemiş () 4. Sinirli ()
5. Sakin ()



ERGENLER İÇİN OYUN BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ (KISA FORMU)

Değerli katılımcılar; Aşağıda internette (cep telefonu, bilgisayar, tablet) veya oyun salonlarında oynadığınız oyunlarla ilgili bazı sorular yer almaktadır. Maddelere yönelik düşüncelerinizi “Hiçbir zaman”, “Nadir olarak”, “Bazen”, “Sık sık” ve “Her zaman” şeklinde karşılarında yer alan parantezlere (X) işareti koyarak belirtiniz. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyup tüm maddeleri son bir yıldaki durumunuzu göz önüne alarak cevaplayınız. Son 1 yılda	Hiçbir Zaman	Nadir Olarak	Bazen	Sık Sık	Her Zaman
(1) Oyun oynamadığınız zamanlarda, zihninizi tekrar ne zaman oyun oynayacağınız ile meşgul halde bulduğunuz oldu mu?					
(2) Her geçen gün daha fazla oyun oynadığınız için rahatsızlık hissettiniz mi?					
(3) Oyun oynamadığınız için strese girdiniz mi?					
(4) Oyun oynamayı bırakmak istediğiniz halde kendinizi yine oyun oynarken bulduğunuz oldu mu?					
(5) Oyun oynadığınız için yapmanız gereken birçok şeyi (ev işleri, eğitim, spor, hobi) ertelediğiniz oldu mu?					
(6) Çok fazla oyun oynadığınız için diğer insanlarla problem yaşadınız mı?					
(7) Oyunlara ayırdığınız sürenin miktarı ile ilgili ailenizi, arkadaşlarınızı ve size yardımcı olmak isteyen uzmanları kandırdınız mı?					
(8) Olumsuz duygulardan kurtulmak için oyun oynadınız mı?					
(9) Çok fazla oyun oynadığınız için anne-babanız, kardeşleriniz ve diğer kişilerle ciddi çatışmalar yaşadınız mı?					

ADÖLESAN SAĞLIĞINI GELİŞTİRME ÖLÇEĞİ

	Hiçbir zaman	Bazen	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
1-Günde üç öğün yemek yerim					
2-Çok yağlı olmayan yiyecekleri seçerim					
3-Diyetim lifli gıdaları içerir					
4-Günde en az 1500 cc su içerim (veya 6-8 bardak)					
5-Her öğünüm beş yiyecek grubunu içerir (örn; ekmek, et, süt, meyve, sebze)					
6-Her gün kahvaltı yaparım					
7-İlgimi ve içtenliğimi başkalarına gösteririm					
8-Başkalarını önemserim ve onlarla iletişimimi sürdürürüm					
9-Başkaları ile endişelerimi tartışırım					
10-Her gün gülümsemek veya gülmek için çaba Harcarım					
11-Akrabalarım ile ilişkimi sürdürmekten Hoşlanırım					
12-İyi kişilerarası ilişkiler gösteririm					
13-Başkalarıyla sıkıntılarım hakkında konuşurum					
14-Alış veriş yaparken yiyeceklerin etiketini Okurum					
15-Kilomu takip ederim					
16-Sağlık sorunlarımı bir doktor veya hemşire ile Tartışırım					
17-En az ayda bir defa vücudumu gözlerim					
18-Yemeklerden sonra dişlerimi fırçalarım ve diş ipi kullanırım					
19-Yemeklerden önce ellerimi yıkarım					
20-Sağlıkla ilgili bilgileri araştırırım					
21-Koruyucu içermeyen yiyecekleri seçmeye gayret ederim					
22-Kendimi sevmeye gayret ederim					
23-Mutlu ve memnun hissetmeye çaba gösteririm					
24-Genellikle olumlu yönde düşünmeye çaba Gösteririm					
25-Güçlü ve zayıf yönlerimi anlamaya ve kabullenmeye çaba gösteririm					
26-Kusurlarımı belirlemeye ve düzeltmeye çaba Gösteririm					
27-Benim için neyin iyi olduğunu bilmek için çaba Gösteririm					
28-Her günü farklı hissetmek ve meydan okumak için çaba gösteririm					

29-Yaşamımın bir amacı olduğuna inanmaya çaba Gösteririm					
30-Her gün gevşeme egzersizi yaparım					
31-Haftada en az üç defa 30 dakika düzenli egzersiz yaparım					
32-Okulda her hafta beden eğitimi dersine Katılırım					
33-Düzenli egzersiz öncesi ısınırım					
34-Dik oturmaya veya kalkmaya çaba gösteririm					
35-Her gün kaslarımı gevşetmeye çaba gösteririm					
36-Stresimin kaynağını belirlemeye çaba Gösteririm					
37-Ruh halimdeki değişiklikleri izlemeye çaba Gösteririm					
38-Her gece 6-8 saat uyurum					
39-Program yapar, önceliklerimi belirlerim					
40-Akla uygun olmayan konularda uygun yanıtları Kullanırım					

Ek 4: ÖZ GEÇMİŞ

Adı Soyadı	: Esra KOÇAK ŞAHİN
Yabancı Dili	: İngilizce
Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl)	:
Lise	: İBB KİPTAŞ Lisesi (2010- 2014)
Lisans	: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü (2015-2019)
Yüksek Lisans	: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı (2020-Halen)
Çalıştığı Kurum/ Kurumlar ve Yıl	: Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2020- Halen)
Yayınları (SCI ve diğerleri)	: Kocak, E., Karayagız Muslu, G., Kara, R (2022). Nomofobinin Çocuk ve Ergen Sağlığı Üzerine Etkileri. World Children Conference-III, Antalya.
Diğer Konular	: