



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
ANABİLİM DALI

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI  
ÇOCUKLARDA BİLGİSAYAR OYUN BAĞIMLILIĞINDA  
BAĞLANMANIN ETKİSİ VE YORDAYICI FAKTÖRLERİN  
İNCELENMESİ

Dr. Ahmet YILMAZ  
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN  
Dr. Öğr. Üyesi Gülen GÜLER AKSU

MERSİN-2020



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
ANABİLİM DALI

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI  
ÇOCUKLARDA BİLGİSAYAR OYUN BAĞIMLILIĞINDA  
BAĞLANMANIN ETKİSİ VE YORDAYICI FAKTÖRLERİN  
İNCELENMESİ

Dr. Ahmet YILMAZ  
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN  
Dr. Öğr. Üyesi Gülen GÜLER AKSU

MERSİN-2020

## TEŞEKKÜR

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda sürdürdüğüm uzmanlık eğitimim süresince sadece bilgi ve deneyimleriyle değil ışığı ile de sürekli bizlere yol gösteren bölümümüzün şefkatli ve vicdanlı annesi Prof. Dr. Fevziye TOROS'a, asistanlık sürecimde bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım tezimin oluşumunda ve yönlendirilmesinde katkılarını esirgemeyen tez danışmanım, Dr. Öğr. Üyesi Gülen GÜLER AKSU'ya

Çalışma sürecimde yeni bakış açıları kazanmamı sağlayarak eğitimime büyük katkıları olan kıymetli Psikiyatri Anabilim Dalı hocalarım Prof. Dr. M. Kemal YAZICI, Prof. Dr. Aylin E. YAZICI, Prof. Dr. Şenel TOT, Dr. Öğr. Üyesi Eda ASLAN'a,

Rotasyonumu verimli şekilde geçirmemi sağlayan Prof. Dr. Çetin OKUYAZ, Doç. Dr. Mustafa KÖMÜR, Dr. Öğr. Üyesi Meltem Çobanoğulları Direk'e

Uzmanlık eğitim sürecimin en güzel kazanımlarından olan kalbi güzel arkadaşlarım Ozan KAYAR, Tunahan KURUKAHVECİ ve Fatma BOZDAĞ'a

Asistanlık sürecinde dostluğumuzu pekiştirdiğimiz, ailemizin büyük kızı, iyi kalpli arkadaşım İrem KIRICI' ya

Birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım, her konuda bana yardımcı olan kıymetli asistan arkadaşlarım ve sekreterimiz Müjgan KÖLE'ye

Tanıştığım günden beri sürekli yanımda olan, maddi ve manevi desteklerini benden esirgemeyen eşimin ailesine,

Benim bugünlere gelmemde büyük emekleri olan, sevgi ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, kendimi şanslı ve güçlü hissetmemi sağlayan ve bana her zaman inanan canım annem, babam, kardeşlerime,

Son olarak hayatımın anlamı, yaşam kaynağım, ilk hocam, kıdemlim, biricik eşim Bahriye YILMAZ' a ve dünyanın en güzeli ve en değerlisi olan kızım Feyza'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ahmet YILMAZ

## İÇİNDEKİLER

|  | Sayfa No |
|--|----------|
| ÖZET .....   | 5        |
| ABSTRACT .....   | 7        |
| 1.GİRİŞ VE AMAÇ .....  | 9        |
| 2.GENEL BİLGİLER.....  | 11       |
| 2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu.....                     | 11       |
| 2.1.1.Tanım ve Tarihçe.....  | 11       |
| 2.1.2.Epidemiyoloji .....  | 13       |
| 2.1.3.Etiyoloji .....  | 14       |
| 2.1.4.Değerlendirme ve Tanı .....                                      | 18       |
| 2.1.5.Komorbidite .....  | 21       |
| 2.1.6.Tedavi.....  | 23       |
| 2.2.Bilgisayar Oyun Bağımlılığı.....                                   | 24       |
| 2.2.1.Tanım ve Tarihçe.....  | 24       |
| 2.2.2.Epidemiyoloji .....  | 27       |
| 2.2.3.Etiyoloji .....  | 28       |
| 2.2.4.Değerlendirme ve Tanı .....                                      | 31       |
| 2.2.5.Eşlik Eden Sosyal Sorunlar, Fiziksel ve Ruhsal Bozukluklar ..... | 34       |
| 2.2.6.Tedavi.....  | 35       |
| 2.3.Bağlanma.....  | 36       |
| 2.3.1.Tanım ve Tarihçe.....  | 36       |
| 2.3.2.Bağlanmanın Gelişimi.....  | 37       |
| 2.3.3.Bağlanmanın Nörobiyolojisi .....                                 | 39       |
| 2.3.4.Bağlanma Stilleri.....   | 41       |
| 2.3.5.Bağlanma ve Psikopatoloji.....                                   | 42       |
| 2.4.DEHB, Oyun Bağımlılığı ve Bağlanma.....                            | 43       |
| 3.GEREÇ ve YÖNTEM .....  | 47       |
| 3.1.Örneklem Grupları .....  | 47       |
| 3.1.1.Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri: .....                         | 47       |
| 3.1.2.Çalışmadan Dışlanma Kriterleri: .....                            | 47       |
| 3.2.Yöntem .....   | 48       |
| 3.3.Gereçler .....   | 48       |
| 3.3.1.Sosyodemografik Veri Formu .....                                 | 48       |
| 3.3.2.Çocuklar İçin Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeği (ÇBOBÖ).....    | 48       |

|   |    |
|---|----|
| 3.3.3.Kerns Güvenli Bağlama Ölçeği.....   | 49 |
| 3.3.4.Yakın ilişkilerde Yaşantılar Envanteri II- Orta Çocukluk Ölçeği.....  | 49 |
| 3.3.5.Turgay DSM-IV Kökenli Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirti Tarama Ölçeği .....                                    | 50 |
| 3.3.6.Aile İnternet Tutum Ölçeği .....  | 50 |
| 3.3.7.Hollingshead-Redlich Ölçeği.....  | 51 |
| 3.4. İstatistiksel Analiz.....  | 51 |
| 4.BULGULAR.....   | 52 |
| 4.1.Tanımlayıcı Bulgular .....  | 52 |
| 4.1.1.Olguların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular .....  | 52 |
| 4.1.2.Ebeveynlerin Tıbbi ve Psikiyatrik Geçmişi .....   | 53 |
| 4.1.3.Ailesel Özelliklere İlişkin Bulgular .....  | 53 |
| 4.1.4.Bilgisayar ve İnternet Kullanımına İlişkin Bulgular .....   | 54 |
| 4.1.5.Ebeveynlerin İnternet Kullanım ve Dijital Oyun Oynama Süreleri .....  | 55 |
| 4.1.6.Bilgisayar Oyunu Oynama Durumu ve Özellikleri .....   | 55 |
| 4.1.7.Aile İnternet Tutum Ölçeğine Göre Aile Tipi.....  | 57 |
| 4.1.8.Bağlanma Tipine İlişkin Bulgular.....   | 57 |
| 4.2.Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Durumu Özellikleri.....   | 57 |
| 4.2.1.Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Durumu ile Sosyodemografik Özellikler .....   | 57 |
| 4.2.2.Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Durumu ile Ailesel Özellikler .....   | 59 |
| 4.2.3.Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Durumu ile Bilgisayar ve İnternet Kullanımına İlişkin Bulgular.....                   | 60 |
| 4.2.4.Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Durumu ile Ebeveynlerin İnternet Kullanım-Dijital Oyun Oynama Süreleri ilişkisi ..... | 61 |
| 4.2.5.Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Durumu İle Bilgisayar Oyunu Oynama Özellikleri .....                                  | 62 |
| 4.2.6.Bilgisayar Oyun Bağımlılığı durumu DEHB alt tipi ilişkisi .....   | 64 |
| 4.2.7.Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Durumunun Bağlanma Tipi İle İlişkisi ....   | 64 |
| 4.3.1.Bilgisayar oyun bağımlılığı durumu ile Turgay DSM-IV'e Göre DEHB Tanı Ve Değerlendirme Ölçeği İlişkisi .....      | 64 |
| 4.3.2.Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Durumunun Aile İnternet Tutum Ölçeği ile İlişkisi .....                               | 65 |
| 4.3.3.Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Durumunun Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği İlişkisi.....                                 | 66 |
| 4.3.4.Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Durumunun YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği İle İlişkisi .....                             | 66 |

|   |     |
|---|-----|
| 4.4.Çocuklar İçin Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeğinin Alt Boyutlarının ve Toplam Puanının İlgili Değişkenler İle İncelenmesi..... | 67  |
| 4.4.1.ÇBOBÖ Alt Boyutlarının ve Toplam Puanın Sosyodemografik Özellikler İle İlişkisi .....   | 67  |
| 4.4.2.ÇBOBÖ Alt Boyutlarının ve Toplam Puanın bilgisayar kullanım özellikleri ile ilişkisi .....                                    | 68  |
| 4.4.3.ÇBOBÖ alt boyutlarının ve toplam puanının internet aile tipi ile ilişkisi .....   | 70  |
| 4.5.Binary Lojistik Regresyon Modeline Göre BOB Varlığını Etkileyen Bağımsız Değişkenler .....                                      | 71  |
| 4.6.ÇBOBÖ Toplam Puanının Bazı Ölçek Puanları İle Korelasyon Analizi ...  | 72  |
| 5.TARTIŞMA .....  | 74  |
| 5.1.Kısıtlılıklar .....   | 86  |
| 6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER .....  | 88  |
| KAYNAKLAR.....  | 90  |
| SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....  | 126 |
| TABLolar DİZİNİ .....   | 129 |
| EK 1-SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU .....  | 132 |
| EK 2-ÇOCUKLAR İÇİN BİLGİSAYAR OYUN BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ.....  | 136 |
| EK 3-KERNS GÜVENLİ BAĞLAMA ÖLÇEĞİ .....   | 137 |
| EK 4-YAKIN İLİŞKİLERDE YAŞANTILAR ENVANTERİ-II ORTA ÇOCUKLUK ÖLÇEĞİ .....   | 139 |
| EK 5-DSM-IV'E DAYALI DEB/DEHB TANI VE DEĞERLENDİRME ENVANTERİ .....   | 142 |
| EK 6-AİLE İNTERNET TUTUM ÖLÇEĞİ .....   | 144 |
| EK 7-HOLLINGSHEAD-REDLICH ÖLÇEĞİ.....   | 145 |

## ÖZET

Gelişen teknoloji ile birlikte artan bilgisayar oyunları oynama sıklığının DEHB varlığını ve semptomların şiddetini artırdığı, ayrıca DEHB'nin de bilgisayar oyun bağımlılığını (BOB) riskini artırdığı gösterilmektedir. Bağlanma sorunlarının da BOB ile ilişkisi olduğu bildirilmiştir. Bu bağlamda Çalışmamızda, DEHB tanısı olan çocuklarda bağlanmanın BOB'a etkisi ve bu bireylerde BOB'u yordayıcı sosyodemografik ve klinik faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran, yapılan ruhsal muayene ile DSM-V tanı kriterlerine göre ilk kez DEHB tanısı alan veya DEHB tanısı olup son 3 aylık dönemde ilaç tedavisi almamış olan, 8-12 yaş arası 175 çocuk çalışmaya dahil edildi. Sosyodemografik bilgi formu, Hollingshead-Redlich, Çocuklar İçin Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeği, Aile İnternet Tutum Ölçeği (AİTÖ), Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği ve Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II-Orta Çocukluk Dönemi Ölçeği (YİYE), Turgay DSM-IV Kökenli Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirti Tarama Ölçeği kullanıldı.

DEHB olan çocukların %11,4'ü bilgisayar oyun bağımlısı, % 79,4'ü ise BOB açısından riskli idi. Regresyon analizi sonucuna göre BOB varlığı erkeklerde kızlara göre 9,59 kat fazla idi. Akademik başarısı orta olan çocukların iyi olanlara göre ÇBOBÖ'ünden alınan toplam puanları daha yüksek idi. Kendine ait tableti olanlarda BOB varlığı tableti olmayanlara göre 3,83 kat fazlaydı. Ailede benzer şekilde oyun oynayan birinin olması BOB varlığını 5,45 kat artırmaktaydı. Aile tarafından bilgisayara sınır konulmayan çocuklarda BOB varlığı 7,52 kat fazlaydı. BOB olanlarda en az görülen bağlanma tipi güvenli bağlanma idi. Korkulu- kaçınan bağlanma ve kaygılı bağlanma tiplerinde BOB varlığı güvenli bağlanana göre 12,32 kat ve 19,17 kat daha fazlaydı. Yapılan korelasyon analizi sonucuna göre ÇBOBÖ toplam puanı ile turgay dikkat eksikliği, karşı olma karşı gelme, davranım bozukluğu, turgay total ölçek puanı, YİYE-kaygı toplam, YİYE-kaçınma toplam puanları arasında anlamlı, pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu bulunmuştur. ÇBOBÖ toplam puanı ile kerns toplam puan, AİTÖ-kontrol puanı, AİTÖ-yakınlık puanı arasında anlamlı, negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar göstermektedir ki önlenebilir veya tedavi ile kontrol altına alınabilir birçok faktör BOB için yordayıcı olmaktadır. Özellikle BOB gelişiminde ciddi etkisi olabilen bağlanma sorunları DEHB tanılı bireylerde BOB gelişimi açısından klinik muayenede atlanmamalı ve detaylı irdelenmelidir

**Anahtar Kelimeler:** Bağlanma, Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite, Oyun Bağımlılığı.



## ABSTRACT

### **Investigation of the Effect of Attachment and Predictive Factors on Computer Game Addiction in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder**

With the developing technology, it has been shown that the frequency of playing computer games increases the presence of ADHD and the severity of symptoms, and ADHD also increases the risk of computer game addiction (CGA). It has been reported that attachment problems are also associated with CGA. In this context, our study, it was aimed to examine the effect of attachment on CGA in children with ADHD and the predictive sociodemographic and clinical factors of CGA in these individuals.

8-12 years aged 175 children Diagnosed with ADHD for the first time according to DSM-V diagnostic criteria, or with ADHD but did not receive medication for 3 months, who applied to Mersin University Child and Adolescent Psychiatry outpatient clinic were included in the study. Sociodemographic information form, Hollingshead-Redlich Scale, Computer Game Addiction Scale for Children (CGAS), Internet parenting styles scale (IPSS), Kerns Secure Attachment Scale (KSAS), The Experiences in Close Relationships Scale-Revised -Middle Childhood (ECRS), Turgay DSM-IV Based Disruptive Behavior Disorders Screening and Rating Scale, (TDBDS) were used.

11.4% of the children with ADHD had computer game addiction and 79.4% were at risk for CGA. According to the results of the regression analysis, the presence of CGA was 9.59 times higher in boys than in girls. Children with moderate academic success had higher CGAS total scores than children with good academic success. The presence of CGA in those who had their own tablets was 3,83 times higher than those without the tablet. Having someone play computer games like them in the family increased the CGA presence 5.45 times. The presence of CGA was 7.52 times higher in children who were not restricted about accessing computers by the family than restricted children. Secure attachment style was the least common style of attachment in those with CGA. The presence of CGA in the fearful-avoidant attachment and anxious attachment styles was 12.326 times and 19.17 times higher than those with the secure attachment style. According to the result of the correlation analysis, it was found

that there was a significant, positive weak relationship between the total score of CGAS and TDBDS-inattention score, TDBDS-opposition score, TDBDS-conduct disorder score, TDBDS-total score, ECRS-anxiety score and ECRS-avoidance score. It was found that there is a significant negative weak relationship between CGAS total score and KSAS-total score, IPSS-control score, IPSS-proximity score.

The results obtained from our study show that many factors that can be prevented or controlled with treatment are predictors for CGA. Attachment problems, which can have a serious impact on the development of CGA, should not be overlooked in clinical examination and should be examined in detail in terms of the development of CGA in individuals with ADHD.

**Key Words:** Attachment, Attention Deficit, Game Addiction, Hyperactivity.

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), kişinin gelişimsel düzeyi ile uyumsuz dikkat sorunları, hiperaktivite ve dürtüsellik ile karakterize, çocukluk çağıının en sık görülen nörogelişimsel bozukluklarından biridir<sup>1</sup>. DEHB en çok araştırılan çocukluk çağı psikiyatrik bozukluklarından biri olmasına rağmen, etiyojisi tam olarak aydınlatılamamış olup etiopatogenezinde genetik, nöroanatomik, nörofizyolojik nörokimyasal, çevresel ve psikososyal faktörlerin rolü bulunmaktadır<sup>2</sup>.

Oyunlar çocuğun sosyal, duygusal ve zihinsel gelişimini destekleyen, zaman ve mekan sınırlılıkları olan ve zorunluluk barındırmayan, kurgusal etkinliklerdir<sup>3</sup>. Çocuk ve ergenlerin gelişiminde önemli yeri olan oyun, geçmişte daha çok açık alanlarda ve arkadaş/akranlarla birlikte oynanırken, günümüzde teknolojinin gelişimi ile çoğunlukla bilgisayar vasıtasıyla, internette sanal kişilerle oynanmaktadır. Bilgisayar, internet ve oyun yaşamın her alanında bulunmakta ve sanal oyunlar çocuklar, ergenler ve yetişkinler arasında hızla yayılmaktadır<sup>4, 5</sup>. Çocuğun sürekli olarak oyunu düşünmesi, oyun oynamayı bırakamaması ve sürekli oyunla ilgilenmesi bilgisayar oyun bağımlılığı (BOB) olarak tanımlanmaktadır<sup>6</sup>. Bazı ülkelerde görülme sıklığı %0,2 iken, Kore’de yapılan bir çalışmada ergenlerde görülme sıklığının %50 olduğu saptanmıştır<sup>7</sup>. Diğer bağımlılıklar gibi BOB’un etiyojisinde de biyopsikososyal süreçlerin rol oynadığını bildirmiştir<sup>8</sup>.

Bowlby tarafından geliştirilen bağlanma kuramı, hayatın erken dönemlerinde belirlenen ve devamlılık gösterdiği düşünülen, kişinin diğer bireylerle ilişki kurma örüntüsünü şekillendiren bir tanımdır<sup>9</sup>. Bu kurama göre, bebek ve bakım vereni arasındaki ilişkide gözlenen yakınlık, cevaplılık ve eşgüdüm zamanla “içsel çalışma modelleri” olarak içselleştirilmektedir<sup>9</sup>. Ainsworth ve ark.’nın yapmış olduğu deneysel çalışmalar sonucunda güvenli, kaygılı-kararsız, kaçınan olmak üzere üç tip bağlanma stili tanımlanmıştır<sup>10</sup>. Bağlanma kuramcılarına göre süt çocukluğu döneminde bağlanma, bir kez belirlendikten sonra çok az değişkenlik gösterir<sup>9</sup>. Güvensiz bağlanma biçimine sahip olan kişilerin daha sonraki yaşam dönemlerinde ruhsal bozukluk geliştirme

riskinin yüksek olduğunu gösteren çok sayıda çalışma vardır<sup>11, 12</sup>. Güvenli bağlanma tipine sahip çocuklarda, güvensiz bağlananlara göre, birlikte çalışma konusunda daha fazla isteklilik, daha fazla gayret, daha fazla sabır, ve daha yüksek işlevsellik tespit edilmiştir. Benzer şekilde 6 yaşındaki davranışsal dürtü kontrolü, hazzı erteleme ve göreve uyum sağlama yetisiyle erken çocuklukta bağlanmanın güvenliliği arasında ilişki saptanmıştır<sup>13</sup>.

İsveç'te yapılan bir araştırmada, problemlili bilgisayar oyuncusu olan ergenlerde DEHB belirtileri görülme oranının sağlıklı gruba göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir<sup>14</sup>. DEHB tanısı olan ve olmayan çocukların karşılaştırıldığı bir çalışmada, DEHB tanılı çocukların problemlili video oyunu oynama ölçeğinden almış oldukları puanların, tanısı olmayan çocuklara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır<sup>15</sup>. Taş'ın ergenler ile yapmış olduğu çalışmada güvenli bağlanma ile oyun bağımlılığı arasında negatif yönlü ilişki bulunmuşken, kararsız-kaygılı ve kaçınan bağlanma ile oyun bağımlılığı arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur<sup>16</sup>. Strobe ve ark. ise 56 DEHB'li çocuğu dahil ettiği çalışmalarında, katılımcıların %97'sinde güvensiz bağlanma tipi olduğunu tespit etmişlerdir<sup>17</sup>. Clarke ve ark. çalışmalarında DEHB semptomlarının şiddetini güvensiz bağlanmanın arttırdığı sonucuna ulaşmışlar ve buna dayanarak ailede ilişkilerin güçlendirilmesinin DEHB tedavisinde de önemli yeri olduğunu vurgulamışlardır<sup>18</sup>. Literatürde DEHB'de bağlanma ve bağımlılığa dair ayrı ayrı çalışmalar mevcut ilen DEHB tanısı olan çocuklarda BOB ve bağlanmanın birlikte değerlendirildiği arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışma mevcut değildir. Bu bilgiler ışığında çalışmamızda, DEHB tanısı olan çocuklarda bağlanmanın BOB'a etkisi ve bu bireylerde BOB'u yordayıcı sosyodemografik ve klinik faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

#### 2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) benzer yaş ve gelişim dönemine uygun olmayan dikkatsizlik, hareketlilik ve dürtüsellik belirtileriyle karakterize, erişkin yaşamda da devam edebilen ve işlevselliği bozan nörogelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır<sup>1</sup>.

DEHB'nin tanısasal sistemlerde yer alması 20. yüzyılda olmakla birlikte, klinik tabloyu tarif eden daha eski metinlere ulaşmak mümkündür. Günümüzde DEHB olarak tanımlanan tabloyla benzetilebilir gibi görünen bir duruma dair en erken bildirimde bulunanlardan biri Hipokrat'tır<sup>19</sup>. Yaklaşık olarak MÖ 493' te "duyusal deneyimlere hızlı yanıt veren fakat ruhları bir sonraki düşünceye hızla hareket ettiği için daha az sebatkar olan" hastaları tanımlamıştır<sup>20</sup>.

Dikkat eksikliğine ilişkin tıbbi bilgiler ilk kez on sekizinci yüzyılda Rus çariçesi Büyük Katerina'nın doktoru Melchior Adam Weikard tarafından gündeme getirilmiştir. 1775 yılında Weikard "*Der Philosophische Artz*" isimli kitabının bölümlerinden biri de dikkat eksikliği konusundadır. Kitabında yer alan "Yetişkinlerin ve çocukların kendi hayal gücüyle bile, herhangi bir şey tarafından kolayca dikkatlerinin dağılabileceği" tanımı tıbbi literatürde DEHB benzeri davranışların en erken tanımlarından biri olup, DEHB'nin ağırlıklı olarak dikkatsizlikle seyreden alt tipine olan benzerliği dikkat çekicidir<sup>21-23</sup>. 1798 yılında İskoç asıllı hekim Alexander Crichton'un yayımladığı kitapta; dikkatin yoğunluğunun kişiler arasında ve hatta aynı bireyde farklı zamanlarda değişiklik gösterebileceğine dikkat çekmiş, dikkat sorunları ve huzursuzluk ile seyreden bir klinik tabloyu tariflemiştir<sup>24, 25</sup>. 1846 yılında ilk akıl hastanesini kuran Alman psikiyatrist ve yazar Heinrich Hofmann tarafından yazılan öykü kitabında yer alan "Yerinde Duramayan Philipp" şiirinde yemek masasında rahat durmadığı için sandalyeden düşen, babasının sözünü dinlemeyen bir karakterden söz edilmiş ve bu DEHB ile özdeşleşmiştir<sup>26-28</sup>. On dokuzuncu yüzyılda DEHB kliniğine ilişkin; "çılgın aptallar (mad idiots)", "dürtüsel delilik (impulsive insanity)" ve "yetersiz engellenme (defective inhibition)" şeklinde tanımlamalara rastlanılmaktadır<sup>29, 30</sup>.

1902 yılında İngiliz pediatrist Sir George Frederich Still'in Lancet'te yayınlanan olgu serisi, DEHB tarihinde bilimsel kilometre taşı olarak kabul edilen yazıdır. Bilişsel problemi olmayan, yerinde duramayan, dikkat problemleri olan, davranışlarından sonuç çıkaramayan ve kendini kontrol etmekte güçlük çeken çocuklar bu olgu serisinde anlatılmış ve klinik tablo "Ahlaki Kontrol Eksikliği (Deficit of Moral Control)" olarak adlandırılmıştır<sup>31</sup>. Ancak klinik tablonun bu şekilde adlandırılması çocukların semptomları üzerinde kontrol sahibi oldukları şeklinde yanlış etiketlenmelerinin önünü açmıştır<sup>32</sup>.

1917-1922 yıllarında Amerika'da influenza salgını sırasında görülen viral ensefalit olgularında DEHB benzeri semptomların ortaya çıkması, bu semptomların ensefalit ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştü, "Ensefalit Sonrası Davranım Bozukluğu (Postencephalitic Behavior Disorder)" olarak isimlendirilmiştir<sup>33</sup>. Minimal Beyin Hasarı (Minimal Brain Damage) olarak da ifade edilen bu klinik tabloyla ilişkili olarak; DEHB'li tüm çocukların fiziksel bir lezyona sahip olmadığını fark edilmesiyle birlikte "Minimal Beyin Disfonksiyonu" (minimal brain dysfunction) şeklinde bir değişim gözlenmiştir<sup>34, 35</sup>. 1960'lı yıllar boyunca "Minimal Beyin Disfonksiyonu" terimi yerini "Hiperkinetik Davranış Bozukluğu'na" bırakmıştır<sup>27</sup>.

DEHB'nin tanısal sınıflama sistemlerine ilk girişi; 1965'te Dünya Sağlık Örgütü'nün Hastalıkların ve İlişkili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflamasının 9. Gözden geçirilmiş versiyonunda ("*The World Health Organization's International Classification of Diseases, 9th edition; ICD-9*") olmuş ve bunu 1968'de "Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın 2. Baskısı" ("*The American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2nd edition; DSM-II*") takip etmiştir. DSM-II'de 'Çocukluk Çağının "Hiperkinetik Sendromu" olarak yer almıştır<sup>36</sup>. 1980 yılında yayınlanan DSM-III'te dikkat eksikliği de bozukluğun bir parçası kabul edilerek, Dikkat Eksikliği Bozukluğu; hiperaktiviteli ya da hiperaktivitesiz olarak tanımlanmış, ana belirti alanları; dikkatsizlik, dürtüsellik ve huzursuzluk olarak belirtilmiştir<sup>37</sup>. 1987'de DSM-III'ün gözden geçirilmiş

baskısında (DSM-III-R); “hiperaktivite” terimi bozukluğun adına tekrar eklenerek; günümüzde kullanılan “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu” adını almıştır<sup>38</sup>. DSM-IV’de DEHB adıyla yer alan bozuklukta semptomlar; dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik olmak üzere iki boyutta ele alınmış, dikkatsizliğin baskın olduğu, hiperaktivite-dürtüsellik baskın olduğu ve her iki boyuta ait semptomların görüldüğü bileşik tip olmak üzere üç alt tip tanımlanmıştır<sup>39, 40</sup>. 1992’de yayınlanan ICD-10’da ise; “hiperkinetik Bozukluklar” olarak adlandırılmış; “aktivite ve dikkat bozukluğu” ve “hiperkinetik davranım bozukluğu” olmak üzere iki alt tip yer almıştır. ICD-10’da tanımlanan hiperkinetik bozukluk tablosu DSM-IV’deki bileşik alt tipe benzemekte, dikkatsizliğin önde gittiği DEHB’yi içermemektedir<sup>27</sup>. 2013 yılında yayımlanan en güncel psikiyatrik tanı sınıflama sistemi olan DSM-V’te, DEHB ile ilgili birtakım değişiklikler yapılmıştır. DSM-V ile bozukluk “Nörogelişimsel Bozukluklar” tanı grubu başlığı altına alınmış, belirtilerin başlangıç yaşı on ikiye yükseltilmiş, OSB varlığında da DEHB tanısının konulabileceği belirtilmiş, belirtilerin işlevselliği etkileme düzeyi hafif, orta ve ağır şeklinde derecelendirilmiştir. DEHB ölçütlerini önceden karşıladığı halde, şu anda karşılamayan hastalar için, ‘kısmi remisyonda’ olduklarının belirtilmesi önerilmiştir<sup>1</sup>.

### **2.1.2. Epidemiyoloji**

DEHB prevalansları yapılan epidemiyolojik çalışmalarda çeşitlilik göstermektedir. Bu durumun; çalışmalarda kullanılan tanı kriterleri arasındaki farklılıklar, kullanılan ölçüm yöntemleri, işlevsellik kriterindeki uyumsuzluk ve bilgi kaynaklarının farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir<sup>41</sup>. Kapsamlı bir meta-analiz çalışmasına göre DEHB’nin dünya genelindeki prevalansı %5.29 olarak tespit edilmiştir<sup>41</sup>. Willcutt ve ark. DEHB prevalansının %5.9-%7.1 olduğunu, toplum örnekleminde dikkatsizlik alt tipi daha sık görülürken klinik örnekleme kombine tipin daha sık olduğunu bulmuştur<sup>42</sup>. 2015 yılında yapılan başka bir meta-analiz çalışmasında DEHB prevalansının %7.2 olduğu, DSM sürümleri arasında prevalans açısından anlamlı derecede bir farklılığın olmadığı bildirilmiştir<sup>43</sup>.

Ülkemizde yapılan epidemiyolojik çalışmalara bakıldığında ise Sivas ilinde yapılan çalışmada DEHB prevalansı %8.1, Trabzon’da 6-12 yaş arası ilköğretim

öğrencileri ile yapılan bir çalışmada ise DEHB prevalansı %8.6 bulunmuştur<sup>44, 45</sup>. 4 yıllık uzunlamasına prevelans izlem çalışmasında ilk yıl için prevalans %13.8, sonraki yıllar için sırasıyla %12.53, %12.22 ve %12.91 bulunmuş, bu bilgiler ışığında ülkemizde DEHB oranlarının daha yüksek olabileceği ve DEHB'nin tanısal sürekliliğinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır<sup>46</sup>. Ercan ve ark.'nın çocukluk çağı psikopatolojilerini incelediği prevelans çalışmasında en sık tanının DEHB olduğu, işlevsellikte bozulma kriteri olmadan tanının görülme oranını %19.5 iken, işlevsellikte bozulma kriteri ile %12.4 oranında olduğu, erkeklerde %15.9, kızlarda %8.6 oranında görüldüğü, bölgelere göre incelendiğinde ise DEHB tanısının sırayla en sık Akdeniz bölgesi ve Marmara bölgesinde olduğu bildirilmiştir<sup>47</sup>.

### **2.1.3. Etiyoloji**

DEHB'nin etiyojisi kesin olarak belirlenememiş olmakla birlikte, genetik, biyolojik ve çevresel etkenlerin birlikte rol aldığı düşünülmektedir<sup>32</sup>.

#### **2.1.3.1. Genetik Faktörler**

DEHB etiyojisinde genetiğin rolünü aydınlatmak için, ikiz çalışmaları, evlat edinme çalışmaları, aile çalışmaları, segregasyon analizleri ve moleküler genetik çalışmalarından yararlanılmıştır. Erken dönemde yapılan çalışmalar da DEHB'li çocuğa sahip ebeveynlerde DEHB riskinin 2-8 kat, kardeşlerde ise 3-5 kat fazla olduğu bulunmuştur<sup>48, 49</sup>. Ülkemizde yapılan çalışmalarda DEHB'li çocukların annelerinde ve kardeşlerinde DEHB oranının kontrollere göre anlamlı oranda daha yüksek olduğu gösterilmiştir<sup>50, 51</sup>. Tek ebeveynde DEHB tanısı olan çocuklarda DEHB görülme oranının % 20-54 olduğu, ebeveyndeki DEHB'nin çocuklarda DEHB riskini 8 kat artırdığı belirtilmiştir<sup>52, 53</sup>. DEHB'nin kalıtılabilirlik oranını % 76 olmakla birlikte, kalıtılabilirliğin alt tipler arasında farklılaştığı, hiperaktivite-dürtüsellik baskın olduğu tipte bu oranın % 64-77, dikkatsizliğin baskın olduğu tipte ise % 76-98 olduğu bildirilmiştir<sup>54, 55</sup>. İkiz çalışmalarında monozigotik ikizlerde konkordansın, dizigotik ikizlerden daha fazla olduğu gösterilmiştir<sup>48</sup>.

Moleküler genetik çalışmalarından elde edilen veriler dopaminerjik ve noradrenerjik sistemle ilişkili genlerin etkisinin olduğunu göstermiştir. DEHB ile

en çok ilişki gösterilen genler arasında; Dopamin D4 Reseptör Geni (DRD4), Dopamin D5 Reseptör Geni (DRD5), Dopamin Beta Hidroksilaz Geni, Dopamin Taşıyıcı Gen (DAT-1, SLC6A3), Sinaptozom-İlişkili Protein 25 Geni (SNAP-25), Serotonin 1B Reseptör Geni (HTR1B) yer almaktadır<sup>54</sup>. DRD4 geninde gözlenen 7 baz çifti tekrarı içeren polimorfizm ile DEHB arasında ilişki olduğu bulunmuştur<sup>56</sup>. Tüm genom ilişki çalışmalarında 16. kromozomda yer alan hücre adezyonu ve göçüyle ilişkili genlerden kaderin (CDH13) geni ön plana çıkmıştır<sup>57</sup>. Hiçbir aday genin tek başına DEHB'ye neden olamayacağı, genetik yatkınlıkla beraber çevresel ve biyolojik etkenler arasındaki ilişkinin hastalığın ortaya çıkmasında rol oynadığı düşünülmektedir<sup>58</sup>.

### **2.1.3.2. Biyolojik Faktörler**

#### **2.1.3.2.1. Nörokimyasal Faktörler**

DEHB patofizyolojisinde üzerinde en çok durulan nörotransmitterler dopamin (DA) ve noradrenalin (NA)<sup>59</sup>. Birçok çalışmada, beyin omurilik sıvısı, kan ve idrarda DA, NA ve bu nörotransmitterlerin yıkım ürünlerinin, DEHB olanlarda sağlıklı kontrollerden düşük olduğu bulunmuştur<sup>60</sup>. DEHB'de hiperaktivite ve öğrenme sorunlarında, dikkat, işleyen bellek ve koşullu ödül mekanizmaları ile ilgili problemlerde dopaminin etkisi vardır<sup>61</sup>. Mezolimbik yolaktaki dopamin disfonksiyonu; ödül bekleme güçlüğü, tepki ketlemede problemler, yeni durumlarda gözlenen hiperaktivite ve dürtüsellik semptomlarıyla, nigrostriatal yolaktaki dopamin disfonksiyonu; motor fonksiyonların koordinasyonunda bozukluk ve davranış baskılanmasında güçlük belirtileriyle, mezokortikal yolaktaki dopamin disfonksiyonu ise; planlamada güçlük ve dikkat problemleriyle ilişkilendirilmiştir<sup>62</sup>. İşler bellek, dikkat, davranışların inhibisyonu ve planlama gibi birçok bilişsel görev sırasında dopaminerjik sistemin yanında noradrenerjik sistem de rol alır<sup>59</sup>. Noradrenerjik disfonksiyon, dikkatsizlik, bilişsel bozukluklar ve uykusuzluk belirtilerinden sorumlu tutulmaktadır<sup>63</sup>. Kuramsal olarak prefrontal korteksteki piramidal nöronlarda, orta düzeyde norepinefrin salınımı ile postsinaptik  $\alpha$ -2a reseptörünün uyarılması gelen sinyali güçlendirir, dopamin ile düşük-orta düzeyde D1 reseptörlerinin uyarılması sinyali zayıflatarak gürültüyü azaltır. Bu iki sistemin optimal dengede olması ancak dikkat ile ilişkili

ve yürütücü işlevlerin düzgün bir şekilde çalışmasını sağlayabilir<sup>64</sup>. Ayrıca normalde dopaminerjik ve noradrenerjik ateşlenmeler yavaş ve tonik olması gerekirken DEHB’de bozulmuştur. DEHB’de gözlenen dikkatsizlik ve hiperaktivite belirtilerinin altında yatan nörokimyasal temelin; artmış fazik salınım ve tonik havuzda küçülme olduğu ileri sürülmüştür<sup>64</sup>. Tedavide kullanılan psikostimülanlar DAT-1/NAT, bloke ederek tonik havuzu arttırmakta ve fazik salınımı azaltmaktadırlar<sup>64</sup>. DEHB’de dopaminerjik ve noradrenerjik sistemlerin hem çok düşük hem de yüksek aktivasyonu DEHB belirtileriyle ilişkilendirilmektedir. DEHB tedavisinde etkili olduğu gösterilmiş noradrenalin geri alım inhibisyonu özelliği olan farmakolojik ajanların, prefrontal kortekste dopamin ve noradrenalin düzeyini artırarak etki sağlaması DEHB’de noradrenalin sisteminin katkısını desteklemektedir<sup>64</sup>.

Sistemik kanıtlar dopaminerjik ve adrenerjik sistemlerin yanı sıra serotonerjik ve kolinerjik yollar gibi diğer yolların da rolü olduğunu, DEHB’li çocuk ve yetişkinlerde dopamin düzenleyici özellikleri olan kolin bileşikleri, N-asetil aspartat ve glutamat/glutamin oranlarında değişiklikler gözlemlendiğini belirtmişlerdir<sup>65, 66</sup>.

### **2.1.3.3. Nöroanatomik ve Nörofizyolojik Faktörler**

Sağlıklı bireylere kıyasla DEHB’lilerin beyin yapılarında bazı farklılıklar olduğu bilinmektedir. DEHB’lilerde epilepsi riskinin normal popülasyondan yüksek olması, silik nörolojik belirtiler ve spesifik olmayan EEG bozukluklarının görülmesi DEHB’de nöroanatomik ve nörofizyolojik patolojilerin varlığını desteklemektedir<sup>67, 68</sup>.

DEHB’lilerde manyetik rezonans (MRI) ile yapılan yapısal görüntüleme çalışmalarında, total beyin, laterel prefrontal korteks (PFK), striatum, korpus kallosum, caudat nukleus, dorsal anterior singulat korteks ve serebellum hacminin kontrollere göre daha küçük olduğu gösterilmiştir<sup>69-72</sup>. DEHB’lilerde PFK gelişiminde üç yıllık bir gecikme olduğu, izlem çalışmalarında ise total beyin hacmindeki farklılığın ergenliğe kadar korunduğu bulunmuştur<sup>73, 74</sup>. DEHB’lilerde duyuşal assosiasyon alanları olan parietal ve temporal bölgelerin hacimleri azalmışken, görsel işleme ile ilişkili alan olan oksipital bölge hacim artmıştır<sup>72, 75</sup>.

Fonksiyonel MRI (fMRI) çalışmalarında; prefrontal korteks ve striatumda aktivite azlığı olduğu gösterilmiştir<sup>76</sup>. fMRI çalışmalarının sonuçlarının değerlendirildiği bir meta-analiz çalışmasında; tedavi almayan DEHB'li bireylerde sağ dorsolateral PFK aktivasyonunda azalma varken, uzun süreli psikostimulan ilaç kullanan grubun aktivasyonunun kontrollerden farklı olmadığı bildirilmiştir<sup>77</sup>.

Zametkin ve ark. tarafından yapılan ve ilk geniş çaplı Pozitron emisyon tomografisi (PET) çalışmasında, DEHB'li bireylerde kontrollere göre serebral metabolizmanın % 8.1 azaldığı ve bu azalmanın en fazla dorsal anterior singulat korteks, premotor ve sensorimotor alanlarda olduğu gösterilmiştir<sup>78</sup>. DEHB'de yapılan Single Photon Emission Computerized Tomography (SPECT) çalışmalarında sağ lateral PFK, sağ orta temporal korteks, her iki orbital PFK ve serebellar korteks kan akımında azalma, bazı paryetal ve oksipital lob bölgelerinde ise kan akımında artış olduğu, ilaç etkisinin incelendiği SPECT çalışmalarında ise metilfenidatin dorsolateral prefrontal korteks, kaudat ve talamusdaki bölgesel kan akımını artırdığı gösterilmiştir<sup>79-81</sup>.

Beynin aksonal organizasyonunun değerlendirilmesini sağlayan difüzyon tensör görüntüleme (DTI) kullanarak yapılan çalışmalarda DEHB'lilerde kontrollere göre sağ premotor, sağ striatal, orta serebellar pedinkül, sol serebellum ve sol paryetooksipital alan ve bilateral serebral pedinküllerde azalmış fraksiyonel anizotropi, oksipito-parietal, inferior frontal, temporal ve parietal kortekste artmış fraksiyonel anizotropi değerleri ve hem fronto-striatal hem de fronto-serebellar devrelerde beyaz madde anormallikleri saptamıştır<sup>82</sup>.

83.

DEHB'lilerde yapılan EEG çalışmalarında ise; artmış teta, görece azalmış alfa ve beta aktivitesi ve artmış teta/ beta oranı gösterilmiştir<sup>84</sup>.

#### **2.1.3.4. Çevresel ve Psikososyal Faktörler**

DEHB'li çocukların pre-peri veya postnatal strese diğer çocuklara göre daha çok maruz kaldıkları belirlenmiştir<sup>85</sup>. DEHB oluşumunda kurşun, gıda boyaları, koruyucular ve katkı maddeleri gibi çevresel faktörlerin etkisine yönelik çok sayıda çalışma yapılmıştır<sup>86, 87</sup>. Ancak kontrollü çalışmalar, çoğunlukla

çevresel maddelere maruziyeti engellemeyi hedefleyen diyetlerin yararının olmadığını göstermiştir<sup>88, 89</sup>. Düşük doğum ağırlığı/prematürite ve gebelikte tütün maruziyeti DEHB'ye ilişkin en tutarlı risk faktörleridir. Düşük doğum ağırlığı/prematüritenin yaklaşık 2,64 kat; tütün maruziyetinin ise yaklaşık 2,39 kat DEHB riskini arttırdığı bulunmuştur<sup>90</sup>.

Psikososyal etkenlerin DEHB gelişiminde ve ortaya çıkış hızında etkili olduğu düşünülmektedir. Psikososyal güçlükler, aile sorunları, uygunsuz ebeveyn tutumları, düşük ebeveyn eğitim düzeyi, kalabalık aile, tek ebeveynli aile, genç anne, düşük sosyoekonomik düzey, çocukla sağlıklı bağlanmanın olmayışı, kötü muamele, duygusal travma, cinsel istismar, babada suça yatkınlık, annede mental bozukluk, bakımevi yaşantısı, zorlayıcı yaşam olayları çocukta DEHB gelişimi açısından hazırlayıcı veya ortaya çıkışını hızlandırıcı psikososyal etkenlerin arasında sayılmaktadır<sup>91-94</sup>. Özellikle erken yaş ihmallerinin kortikal kalınlıkta azalma, inferior pariyetal korteks, precuneus ve superior temporal kortekste incelmeye neden olduğu ve kortikal gelişimi bozabildiği saptanmıştır. Kurumlarda yetişen, duygusal ihmale maruz kalan çocuklarda DEHB belirtileri bu mekanizmalarla ilişkili görünmektedir<sup>95</sup>. Bunun aksine olumlu ebeveyn tutumlarının ise koruyucu etmen olduğu bildirilmiştir<sup>96</sup>.

#### 2.1.4. Değerlendirme ve Tanı

DEHB'nin DSM-V'e göre tanı kriterlerine Tablo 1'de yer verilmiştir. DSM-V'e göre belirtiler dikkatsizlik ve hiperaktivite-dürtüsellik olmak üzere iki ana boyutta ele alınmaktadır. Belirtilerin ağırlıklı olduğu alana göre DEHB'nin 3 alt tipi tanımlanmıştır: DEHB-Dikkat Eksikliğinin Önde Geldiği Tip (DEHB-DE), DEHB-Hiperaktivitenin Önde Geldiği Tip (DEHB-HA) ve DEHB-Bileşik Tip (DEHB-B)<sup>1</sup>.

**Tablo 1.** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu DSM-V tanı ölçütleri.

*A)Aşağıdakilerden (1) ve/veya (2) ile belirli işlevselliği ya da gelişimi bozan, süregiden bir dikkatsizlik ve/veya aşırı hareketlilik-dürtüsellik örüntüsü:  
1. Dikkatsizlik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal, okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı veya daha çok belirti en az 6 aydır sürmektedir:  
Not: Belirtiler yalnızca karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmanlı tutumun ya da verilen görevleri/yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.*

- a. *Çoğu kez, ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında (derslerde), işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce hatalar yapar (örn: ayrıntıları görmezden gelir veya kaçıır, yaptığı iş hatalıdır).*
- b. *Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte zorluk çeker (örn: ders dinlerken, konuşmalar ya da uzun okumalar sırasında odaklanmakta güçlük çeker).*
- c. *Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyormuş gibi görünür (örn: dikkat dağıtacak açık bir dış uyaran olmasa bile, akli başka yerde gibi görünür).*
- d. *Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri veya işyeri sorumluluklarını tamamlayamaz (örn: işe başlar ancak hızlı bir şekilde odağını yitirir ve dikkati dağılır).*
- e. *Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker (örn: ardışık işleri yönetmekte güçlük çeker, kullandığı gereçleri ve kişisel eşyalarını düzenli tutmakta güçlük çeker, dağınık ve düzensiz çalışır, zaman yönetimi kötüdür, zaman sınırlamalarına uyamaz).*
- f. *Çoğu kez, sürekli zihinsel çaba gerektiren görevlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez veya bu tür işlere girmek istemez (örn: okulda verilen görevler/ödevler, ileri yaş ergen ve erişkinler için rapor hazırlama, formları tamamlama, uzun yazıları gözden geçirme)*
- g. *Çoğu kez, işi veya etkinlikleri için gerekli nesnelere kaybeder (örn: okul gereçleri; kalemler, kitaplar, gündelik araçlar; cüzdan, anahtar, evrak, gözlük, cep telefonu gibi)*
- h. *Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkatleri kolayca dağılır (ileri yaş ergen ve erişkinlerde ilgisiz düşünceleri kapsayabilir).*
1. *Çoğu kez, günlük etkinliklerde unutkanlıktır (örn: sıradan günlük işleri yapma, getir götür işlerini yapma, ileri yaş ergen ve erişkinlerde telefonla aramalara geri dönmede, faturaları ödemede, randevulara uymakta).*
2. *Hiperaktivite ve Dürtüsellik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal, okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı veya daha çok belirti en az 6 aydır sürmektedir:*
- Not: Belirtiler yalnızca karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmanlı tutumun veya görevleri/yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı büyük genç ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az 5 belirti olması gerekir.*
- a. *Çoğu kez, kıpırdanır veya ellerini/ayaklarını vurur veya oturduğu yerde kıvrınır.*
- b. *Çoğu kez, oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar (örn: sınıf/ofis/işyerinde veya yerinde durması gereken diğer durumlarda yerinden kalkar).*
- c. *Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur veya bir yerlere tırmanır (Not: yaşı ileri gençler veya erişkinlerde huzursuz hissetme ile sınırlı olabilir).*
- d. *Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz veya sessiz bir biçimde oynayamaz.*
- e. *Çoğu kez, her an hareket halindedir veya sanki "motor takılmış gibi" davranır (örn: restoranlar, toplantılar gibi yerlerde uzun bir süre sessiz-sakin duramaz veya böyle durmaktan rahatsız olur, diğerleri tarafından yerinde duramayan veya hızına yetişilmesi güç olarak tanımlanır).*
- f. *Çoğu kez, aşırı konuşur.*

|   |
|---|
| <p>g. Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştırır (örn: insanların cümlelerini tamamlar, karşılıklı konuşmada sırasını bekleyemez).</p> <p>h. Çoğu kez, sırasını beklemekte güçlük çeker (örn: kuyrukta beklerken).</p> <p>i. Çoğu kez, başkalarının sözünü keser veya araya girer (örn: konuşmaların, oyunların, veya etkinliklerin arasına girer, sormadan veya izin almadan başka insanların eşyalarını kullanabilir, yaşı ileri genç ve erişkinlerde, başkalarının yaptıklarının arasına girer veya kendi yapmaya başlar).</p>  |
| <p>B) 12 yaşından önce birkaç dikkatsizlik veya aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi ortaya çıkmıştır.</p>  |
| <p>C) Birkaç dikkatsizlik veya aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi iki veya daha fazla ortamda vardır (örn: ev, okul/iş, arkadaş/akrabalarla, diğer etkinlikler sırasında).</p>  |
| <p>D) Bu belirtilerin, toplumsal, okul/işle ilgili işlevselliği bozduğuna veya işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.</p>   |
| <p>E) Bu belirtiler, yalnızca şizofreni ya da psikozla giden bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn: duygudurum bozukluğu, kaygı bozukluğu, dissosiyatif bozukluk, kişilik bozukluğu, madde esrikliliği veya yoksunluğu)</p>   |
| <p>Olup olmadığını belirtiniz:</p> <p>Bileşik görünüm: Son altı ay içinde, hem A1, hem de A2 tanı ölçütleri karşılanmıştır.</p> <p>Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A1 tanı ölçütü karşılanmış ancak A2 tanı ölçütü karşılanmamıştır.</p> <p>Aşırı hareketliliğin/dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A2 tanı ölçütü karşılanmış ancak A1 tanı ölçütü karşılanmamıştır.</p> <p>Varsa belirtiniz:</p> <p>Tam olmayan yatışma gösteren: Daha önceden bütün tanı ölçütleri karşılanmış olmakla birlikte son altı ay içinde bütün tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmıştır. Ve belirtiler bugün için de toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır.</p> <p>O sıradaki ağırlığını belirtiniz:</p> <p>Ağır olmayan: Tanı koymak için gerekli belirtilerden, varsa bile, biraz daha çoğu vardır ve belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği çok az bozmaktan öteye gitmemiştir.</p> <p>Orta derecede: Belirtiler ya da işlevsellikteki bozulma ağır olmayanla ağır arasında orta bir yerdedir.</p> <p>Ağır: Tanı koymak için gerekli belirtilerden çok daha çoğu ya da birkaç, özellikle ağır belirti vardır ya da belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği ileri derecede bozmuştur</p> |

DEHB'ye özgü spesifik bir test olmadığından tanı klinik olarak konur. Değerlendirmede çocuk, aile ve öğretmen gibi birden fazla kaynaktan bilgi alınmasının önemlidir<sup>58</sup>. Dokuz yaşından küçük çocuklarla ebeveyn eşliğinde, daha büyük çocuk ve ergenlerde ise bire bir görüşmenin önemli olduğu vurgulanmaktadır<sup>97</sup>. Belirtilerin şu andaki ve geçmişteki durumları, başlangıç yaşı, süresi, şiddeti ve sıklığı, yaşamlarını ne kadar etkilediğine dair bilgilere

ulaşılmalıdır. İşlevsellikteki etkilenmenin hangi ortamlarda ve ne şiddette olduğu tespit edilmelidir<sup>97</sup>. Semptomların varlığını ve şiddetini belirlemede psikometrik ölçeklerden faydalanılabilmekle birlikte bu ölçekler tanı koydurucu değildir<sup>97</sup>. EEG, MRI gibi testler DEHB tanısı için gerekli değilken, nörolojik bir ek tanıdan şüphelenildiğinde kullanılabilir<sup>32</sup>.

DEHB klinik belirtileri yaşlara göre değişkenlik gösterebilmektedir. Tablo 2'de yaşlara göre belirtiler özetlenmiştir<sup>98</sup>.

**Tablo 2.** Çocukluktan Erişkinliğe DEHB Semptomları.

|                           | <b>Okul öncesi</b>   | <b>İlkokul yılları</b>  | <b>Ergenlik</b>  | <b>Erişkinlik</b>   |
|---------------------------|--|---|--|---|
| <b>Dikkatsizlik</b>       | *Kısa oyun süreleri (3 dk altında )<br>*Aktiviteleri bitirmeden bırakma<br>*Dinlememe              | *Kısa aktiviteler (10 dk altında )<br>*Aktivitelerden erken sıkılma<br>*Erken aktivite değiştirme<br>*Unutkanlık<br>*Dağınıklık<br>* Dikkatinin çabuk dağılması               | *Akranlarına göre daha az sürdürülebilir dikkat ( 30 dk altında )<br>*Ayrıntılara dikkatini verememe<br>*Plan yapmada zorluk çekme | *Görevi bitirememe<br>*Randevuları unutma<br>*Öngörü eksikliği                |
| <b>Aşırı hareketlilik</b> | Kıpır kıpır olma   | Sakin olması beklenen zamanlarda huzursuz   | Yerinde duramama   | Huzursuzluk   |
| <b>Dürtüsellik</b>        | *Anlatılanı dinlememe<br>*Tehlikeli durumları ayırt edememe<br>*Tehlikeden kendisini uzak tutamama | *Sıra dışı hareket etme<br>*Söz hakkı araya girme – konuşmayı kesme<br>*Konuşulandan farklı/anlamsız cevaplar<br>*Düşüncesizce kural çiğnemek<br>*Kazalar<br>*Akran zorbalığı | *Oto-kontrolde zayıflık<br>*Düşüncesizce risk alma   | *Trafik/ araba kazaları<br>*Hızlı ve mantıksız kararlar verme<br>*Sabırsızlık |

### 2.1.5. Komorbidite

Yapılan çalışmalarda; DEHB'ye yaklaşık %80 civarında bir, yaklaşık %60 civarında ise iki veya daha fazla tanının eşlik ettiği bildirilmiştir<sup>99, 100</sup>. DEHB'nin başlangıç yaşı ile komorbid durumlar arasında ilişki olabileceği iddia edilmiş, erken yaşta başlayan DEHB ile dışa atım bozukluklarının, geç yaşta başlayan

DEHB ile ie atım bozukluklarının daha sık birlikte olduğu gösterilmiştir<sup>101</sup>. Danimarka'da yapılan bir çalışmada ise erken çocukluk çağında tepkisel bağlanma bozukluğu, otizm, zihinsel yetersizlikler sık eşlik eden tanılarken; erken ergenlikte kaygı bozukluğu, tik bozukluğu, davranım bozukluğu ve geç ergenlikte madde kullanım bozukluğu, psikoz diğer yaş gruplarına göre daha sık bulunmuştur<sup>102</sup>. Komorbiditenin cinsiyetle olan ilişkisine bakıldığında; kızlarda kaygı, depresyon, yeme bozukluğunun; erkeklerde ise otizm, tik bozukluğu, gelişimsel sorunların daha fazla eşlik ettiği saptanmıştır<sup>102</sup>.

Çok merkezli klinik örneklemede gerçekleştirilen çalışmada DEHB'li ocuk ve ergenlerde karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (KOKGB) (% 50-60), davranım bozukluğu (DB) (ocuklarda % 20-50 ve ergenlerde % 40-50), depresyon (% 16-26) ve anksiyete (% 10-40), bipolar bozukluk (% 11-75), tik bozukluğu (% 20), obsesif kompulsif bozukluklar (% 6-15) ve otizm spektrum bozuklukları (% 65-80) eş tanıları belirlenmiştir<sup>103</sup>. DEHB'ye en sık eşlik eden hastalık KOKGB olup görülme sıklığı %40-70 arasındadır<sup>104</sup>. DB eş tanısına dair %20-50 arasında değişen oranlar rapor edilmiştir<sup>105</sup>. "DEHB-B tip eşikteki DEHB+KOKGB'dur; DEHB+KOKGB eşikteki DEHB+Davranım bozukluğudur (DB)" görüşü son yıllarda Russel Barkley tarafından belirtilmekte ve tedavi almayan DEHB'lerde ağır problemlerin görülebileceğine vurgu yapılmaktadır. DEHB'de genetik yatkınlığının KOKGB gelişiminde önemli olduğu ve olumsuz çevresel etkenlerin DEHB-KOKGB birlikteliğinin ortaya çıkışını kolaylaştırdığı bildirilmektedir<sup>58</sup>. DEHB-DB komorbiditesinin, DEHB-KOKGB komorbiditesine göre klinikte daha ağır bozulmaya neden olduğu, ilerleyen dönemlerde antisosyal kişilik bozukluğu ve alkol-madde kullanımı açısından önemli bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir<sup>106</sup>.

Hem toplumda hem de klinik örneklemede DEHB olan çocukların %10 - 20'sinde duygudurum bozuklukları mevcuttur. Major depresif bozukluk DEHB'ye komorbid duygudurum bozuklukları içerisinde en sık olan olsa da %8,3-%22 oranında da bipolar bozukluk (BPB) DEHB birlikteliği görülebilir<sup>107</sup>. BPB'nin tabloya sıklıkla ergenlik çağında eklendiği tespit edilmiştir<sup>102</sup>.

Anksiyete bozuklukları ve DEHB komorbidite oranları klinik örneklemede %10-40 arasında değişmekte olup ortalama % 25 komorbidite bildirilmektedir<sup>108</sup>. DEHB'li çocuklarda % 26 oranında en az bir anksiyete bozukluğu olduğu, en sık eşlik eden kaygı bozukluğunun ise sosyal fobinin (% 48) olduğu tespit edilmiştir<sup>109</sup>.

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ve DEHB eş tanısını inceleyen yeterli çalışma sayısı az olmakla birlikte; DEHB olan çocuk ve ergenlerde yapılan bir çalışmada OKB oranı % 12 olarak saptanmıştır<sup>110</sup>.

DEHB ile tik bozukluğunun muhtemel bir ortak genetik zemine sahip oldukları bahsedilmekle birlikte Tourette bozukluğu olanların % 50'sinde DEHB olduğu bildirilmektedir<sup>111</sup>.

Ödülü ertelemede güçlük yaşadıklarından dolayı DEHB'li bireyler ödülleri anında gerçekleşmesini isterler. Daha uzun dönemde elde edebilecekleri daha büyük ödüller yerine kısa dönemdeki ödülleri tercih ederler<sup>112</sup>. Ayrıca DEHB ergenlik döneminde davranışların sonuçlarını öngörme, daha önceki deneyimlerden ders çıkarma ve bundan yararlanmayı zorlaştırmaktadır. DEHB'li ergenlerdeki dürtüsellik zarar görmeye sonuçlanabilecek sigara, alkol, madde deneme veya erken yaşta başlama gibi birtakım riskli davranışlarda yatkınlığa sebep olmaktadır<sup>113</sup>. DEHB'li ergenlerin daha erken yaşta sigara ve maddeye başladığı ve bağımlı olduğu, normallere göre bağımlı olma zamanının daha kısa olduğu, daha fazla ağır maddeler kullandıkları ve daha çok işlevsellikte bozulma gösterdikleri rapor edilmiştir<sup>114</sup>. DEHB tedavisinin bağımlılık riskini azalttığı belirtilmektedir<sup>115</sup>.

#### **2.1.6. Tedavi**

DEHB tedavi sürecinde hasta ve ailesi aktif olarak bilgilendirilmelidir<sup>116</sup>. Tedavide farmakolojik ajanlar dışında psikoeğitim, bilişsel ve davranışsal yaklaşımlar da kullanılmakta olup İşlevsellikte bozulmanın hafif olduğu DEHB olgularında, ailenin ilaç tedavisini istemediği durumlarda psikososyal müdahalelerin uygulanması önerilmektedir<sup>117, 118</sup>. Aile ilişkileri DEHB tanılı

bireylerde genel olarak problemlili olduğu için ilaç dışı tedaviler içerisine aile tedavisini eklemek gerekmektedir<sup>116</sup>.

İlaç tedavisi primer tedavi seçenekleri arasında ön plana çıkmaktadır. DEHB tedavisinde kullanılan ilaçlar, stimölan (amfetamin, metilfenidat) ve non-stimölan olmak üzere 2 ana gruba ayrılmaktadır. DEHB'nin farmakolojik tedavisinde ilk sıra seçenek yüksek etkinlikleri nedeniyle stimölanlardır<sup>119, 120</sup>. Psikostimölanlar dopamin ve noradrenalin geri alımını engelleyerek özellikle sinaptik aralıkta katekolamin miktarının artmasına yol açarlar ve prefrontal korteksin işlevlerini düzenlerler<sup>121</sup>. Son yıllarda ayrıca ilk sıra tedavi seçeneği olarak non-stimölan bir ajan olan selektif noradrenalin geri alım inhibitörü atomoksetin de dikkati çekmektedir<sup>119, 120</sup>. Alfa-2 agonistler, buprapion, antidepresanlar, modafinil, nikotin diğer tedavi seçenekleridir<sup>120</sup>. 7-9 yaş arasında yer alan 579 çocuğun dâhil olduğu MTA (*Multimodal Treatment Study of Children with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder*) alışmasında; farmakolojik tedavi, davranışsal tedavi ve ikisinin bir arada uygulandığı tedavi grupları karşılaştırılmış, 14 ay sonunda tedavi etkinliklerine bakıldığında ilaç tedavisi ve kombine tedavinin, sadece davranışçı tedaviye göre daha etkin olduğu raporlanmıştır<sup>122</sup>.

## **2.2. Bilgisayar Oyun Bağımlılığı**

### **2.2.1. Tanım ve Tarihçe**

Türk Dil Kurumu (TDK), Güncel Türkçe Sözlükte, oyun; “*Yetenek ve zekâ geliştirici, belli kuralları olan, iyi vakit geçirmeye yarayan eğlence*” olarak tanımlanmaktadır<sup>123</sup>. Oyunlar kurgusal, zaman ve mekân sınırlılıkları olan ve zorunluluk barındırmayan, sonucu düşünülmeden, eğlenmek amacıyla yapılan, çocuğa kimsenin öğretemeyeceği konuları kendi deneyimleriyle öğrenme imkânı veren çocuğun zihinsel, sosyal ve duygusal gelişimini destekleyen etkinliklerdir<sup>3, 124</sup>. Spencer, oyunu, enerji fazlalığının ortaya çıkardığı bir durum; Lazarus, eğlence aracı; Hull, insan gelişiminin ve ilerlemesinin bir özeti; Freud, ocuğun duygusal gelişimi ve duygusal problemleri hakkında bilgi edinmemizi sağlayan bir olgu; Erikson, ocukların psikososyal gelişimlerinin aynası; Piaget, ocuğun tüm zihinsel gelişiminin bir parçası özümleme ve uyum süreci; Adler, ocukların

kendilerinin ifade ettiği bir araç; Brunner, yetişkinlik dönemine hazırlık ve mükemmelleştirme çalışması olarak tariflemiştir<sup>125</sup>.

Kültürel ve sosyal değişiklikler oyunlar ve oyun türlerini etkilemektedir. Teknolojinin günlük hayatımızın birçok alanına yayılmasıyla birlikte oyunlar ve oyun türleri de değişime uğramış ve bilgisayarların üretilmesiyle birlikte 1950’lerde bilgisayar oyunları ortaya çıkmıştır. Bilgisayar oyunları, bir oyuncunun sanal bir oyun ortamında, ekran üzerinde, klavye veya oyun kumandası araçlarını kullanarak, eğlence ve keyif almasını sağlayan programlardır<sup>126</sup>. İlk bilgisayar oyununun, 1952’de Alexander Daugles tarafınsan oluşturulan OXO isimli oyun olduğu bilinmektedir<sup>127</sup>. 1962 yılında ise Steve Russell ve ark. tarafından ilk etkileşimsel bilgisayar oyunu olan Spacewar üretilmiştir. 1980’ler oyun konsollarının ve bilgisayarların yaygınlaşması ile bilgisayar oyunları için popöler dönemin başlangıcı olarak belirtilmektedir. Bu oyunlar tek kişilik atari oyunlarıdır. İlerleyen teknoloji ve internetin de evlere ulaşması ile 1990’lı yıllarda ev tipi bilgisayarların dünyada yayılmış ve bilgisayar oyunları sektörünün büyümüştür. Cep telefonlarının oyun oynama özelliği ile artık her alanda ve her zaman oyuna erişim mümkün olmuştur<sup>128</sup>. Bilgisayar oyunlarının pek çok alt dalı bulunmakla birlikte bunları; macera, aksiyon, rol yapma, strateji, simülasyon, spor, dövüş ve online oyunlar şeklinde genellemek mümkündür<sup>129</sup>.

Çocuk ve ergenlerde bilgisayar oyunu oynama alışkanlığının bağımlılık düzeyine ulaşabildiği bildirilmektedir<sup>130</sup>. Bilgisayar oyun bağımlılığının henüz standart bir tanımı olmamakla birlikte, bir davranış bağımlılığı biçimi olarak kabul edilmekte olup, bilgisayarın uzun süre kontrol dışı kullanımını ifade eden bir terim olarak kullanılmaktadır<sup>131</sup>. Horzum bilgisayar oyunu bağımlılığını, oyuncunun bir oyunu bırakamaması, sürekli olarak oyunu düşünmesi ve sürekli oyunla ilgilenmesi olarak tanımlamıştır<sup>6</sup>. Literatür incelendiğinde “bilgisayar oyun bağımlılığı”, “oyun bağımlılığı”, “video oyunu bağımlılığı”, “internet oyunu bağımlılığı” gibi terimlerin bulunduğu ve bu terimlerin bazen birbirlerinin yerine kullanılabilirliği görülmekte olup farklı kavramların standart bir tanı sisteminin olmamasından kaynaklanabileceği ve tanımlama, değerlendirme sürecinde zorluklara yol açabileceği belirtilmiştir<sup>132</sup>. DSM-V’de “İleri araştırma gerektiren

durumlar” başlığı altında “İnternet oyunu oynama bozukluğu” (İOOB) terimi kullanılmıştır. DSM-V, İOOB’yi, son 12 ay içinde “oyun oynamada ilerleyici şekilde gözlemlenen kontrol kaybı, tolerans gelişimi ve madde kullanım bozukluğundakine benzer şekilde yoksunluk belirtilerinin dâhil olduğu bilişsel ve davranışsal semptomların bir arada gözlemlendiği aşırı ve uzun süreli internet oyun oynama davranışı” şeklinde tanımlamaktadır<sup>133</sup>. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)’de ise “Oyun Oynama Bozukluğu” terimi kullanılmış, bu terime çevrimiçi ya da çevrimdışı oynanan oyunlar dâhil edilmiştir. ICD-11’de oyun oynama bozukluğu “bireyin oyun oynama üzerinde kontrol yetisinin bozulması, oyun oynamanın artan şekilde bireyin diğer ilgileri ve günlük aktivitelerinin yerini alması, olumsuz sonuçlarına rağmen oyun oynamaya devam etme ve oyun oynamada artış ile karakterize olan bir davranış örüntüsü” şeklinde tanımlanmaktadır<sup>134</sup>. Kirriemuir oyunun izlendiği bir ekran ve veri girişinin klavye ya da joystick gibi araçlarla sağlanmasından dolayı video ve bilgisayar oyunu kavramlarının birbirlerinin yerine kullanılabileceğini ifade etmiştir<sup>135</sup>. Bu yönüyle, çalışmamızda internet, video konsolları ve bilgisayar aracılığı ile oynanan oyunlar, bilgisayar oyunu olarak ele alınmış ve “bilgisayar oyun bağımlılığı” terimi kullanılmıştır.

BOB ile ilgili çalışmalara bakıldığında, ilk kez 1983 yılında Soper BOB’un öğrenciler için bir problem olabileceğini belirtmiştir<sup>136</sup>. BOB ile ilgili ilk deneysel çalışmayı 1989 yılında Shotton yapmıştır. 1990’ların başında BOB ile ilgili yapılan araştırma sayısı artmıştır. Bu dönemde araştırmalarda BOB için küçük ölçekli anketlerin kullanıldığı, standardize bir ölçek geliştirilmediği bildirilmektedir<sup>137, 138</sup>. Bazı araştırmacılar, patolojik kumar oynama ile bilgisayar oyunu oynama davranışları arasında benzerlikler olduğunu belirtmiş ve bu benzerliklerden yola çıkarak da “patolojik internet kullanımı” ve patolojik bilgisayar oyunu oynama davranışları için DSM III-R ve IV’te yer alan “patolojik kumar oynama” ölçütleri kullanmıştır<sup>139, 140</sup>. Dokuz ölçütten beşinin karşılanması bağımlılık olarak kabul edilmiştir<sup>140</sup>. Salguero ve Moran ise DSM IV de yer alan patolojik kumar oynama ve madde bağımlılığı ölçütlerini oyun bağımlılığına uyarlayarak, 9 sorudan oluşan bir ölçek oluşturmuş ve bu ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışmasını yapmıştır<sup>141</sup>. Chiu ve ark.’nın BOB düzeyini ölçmek amacıyla geliştirdiği, 9 maddeden oluşan

bilgisayar oyun bağımlılığı ölçeğinde DSM kriterlerinden farklı maddeler kullanılmıştır<sup>142</sup>. DSM 5'te bağımlılığın sadece madde ile sınırlı olmadığı kabul edilerek "Madde Kullanımı ve Bağımlılık Bozuklukları" başlığı açılarak bağımlılığın "davranış sendromu" olduğu vurgulanmıştır. Patolojik kumar oynama da bu kategori altına alınırken, bilgisayar oyun bağımlılığı DSM-V'te "internet oyun oynama bozukluğu" başlığı ile Bölüm III'te kendine yer bulmuştur<sup>133</sup>.

Griffiths yayınladığı bir çalışmasında DSM-V'te yer aldığı şekli olan internet oyun oynama bozukluğunun, oyun oynama bozukluğunun (OOB) bir alt grubu olduğunu vurgulamıştır. OOB'nun daha uygun bir adlandırma olduğu ve internette var olan bağımlılıkların özgül adları (örn: pornografi, kumar) ile isimlendirilmesinin uygun olduğunu bildirmiştir<sup>143</sup>. Bu tanımlama ICD-11'de dikkate alınmış gibi görünmektedir. ICD-11'de OOB "Bağımlılıklar" başlığının "Davranışsal Bağımlılıklar" alt grubunda yer almıştır. OOB, kalıcı ve tekrarlayıcı bir şekilde, çevrimiçi ya da çevrimdışı olarak oyun oynama davranışı şeklinde ifade edilmektedir<sup>134</sup>.

### **2.2.2. Epidemiyoloji**

Araştırmaların genellikle ergenlerdeki oyun bağımlılığı ve şiddetini incelediği, ilköğretim çocuklarının bu araştırmalara dâhil edilmediği görülmektedir<sup>6</sup>. Sherry ve ark. sınıf ve okul düzeyi (ilkokul, lise ve üniversite) ile oyun bağımlılığı arasında anlamlı farklılık olduğunu bulmuşlardır<sup>144</sup>. İlköğretim öğrencilerinin de oyun bağımlılığının araştırılması bu yüzden önem arz etmektedir ve çocuklarda oyun bağımlılığı ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır<sup>6</sup>. BOB sıklığı; Almanya'da yapılan 8-17 yaş arası çocuk ve ergenlerin dâhil edildiği çalışmada % 11.3, yine Almanya'da yapılan 4 yaş – 8 yaş arasındaki çocukların dâhil edildiği çalışmada %1.9, Singapur'da 9-13 yaş arası çocukların dâhil edildiği çalışmada %8,7 ve Amerika'da 8-18 yaş arası çocuk ve ergenlerin dâhil edildiği çalışmada %8.5 olarak bulunmuştur<sup>145-148</sup>.

BOB yaygınlığı ile ilgili ergenlerle yapılan çalışmalarda sıklığın %0,2 (Almanya) ile %50 (Kore) arasında olduğu, bu farklılığın kültürel, genetik değişkenler yanında kavramsal farklılıklar, farklı ölçek ve tanı kriterlerinin kullanılmasından kaynaklanabileceği bildirilmiştir<sup>7, 149, 150</sup>. Porter ve ark. aşırı

bilgisayar oyunu oynama probleminin özelliklerini değerlendiren öz bildirim ölçeklerini online anketler yoluyla uyguladıkları bir çalışma da 1945 katılımcıya ulaşılmıştır. Katılımcıların %92,6'sının erkek olduğu, ağırlıklı olarak Avusturalya, Yeni Zelanda, Kanada, Avrupa ve Amerika' dan oldukları, çalışmaya katılanların %62,1'i her gün bilgisayar oyunu oynadığını, %59,8'i planladığından daha uzun süre oynadığını, %52'si oynamaması gerektiğine inanmasına rağmen oynadığını, %8'inde BOB olduğunu belirtmişlerdir<sup>151</sup>.

Tokat ilinde yapılan 12-15 yaş arası 1467 kişi ile yaptığı çalışmada BOB oranı %16.8 olarak bulunmuştur<sup>152</sup>. Karaca ve ark.'nın İstanbul'da yapmış olduğu ve 10-15 yaş arası 1019 çocuk ve ergeni dâhil ettiği kesitsel çalışmada, katılımcıların %46,7'sinin problemlili kullanıcı ve %5,6'sının BOB olduğu belirlenmiştir<sup>153</sup>. 2017 yılında Yeşilay'ın "oyun amaçlı problemlili internet kullanımı" üzerine yapmış olduğu araştırmada, İstanbul ili genelinde ulaşılabilen 12-19 yaş arası 6116 gencin %8,5'inin problemlili düzeyde dijital oyun oynama davranışı gösterdiği bulunmuştur<sup>154</sup>.

Literatür incelendiğinde BOB'un erkeklerde daha yaygın olduğunu bildiren çok sayıda çalışma bulunmakla birlikte cinsiyet açısından anlamlı farklılık olmadığını bildiren yayınlar da mevcuttur<sup>155-157</sup>.

### **2.2.3. Etiyoloji**

Diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi BOB'un da etiyojisi tam olarak bilinmemektedir. Ortaya çıkmasında biyopsikososyal faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir. Araştırmacılar BOB'u açıklamak için bazı kişilik özellikleri, beynin yapısal özellikleri, genetik faktörler, bilgisayar oyun türleri ve motivasyon üzerinde durmaktadırlar<sup>8</sup>.

#### **2.2.3.1. Kişilik Özellikleri**

Bilgisayar oyunları oynayan, problemlili oyuncu veya oyun bağımlısı olan kişiler üzerinden yürütülen araştırmalar incelendiğinde, risk faktörü oluşturabilecek bazı ortak kişilik özelliklerine rastlanmaktadır. Kuss ve Griffiths'in 20 çalışmayı dâhil ederek yaptığı çalışmasına göre, içe kapanıklık ve yalnızlık, kaçingan ve şizoid kişiler arası eğilim, heyecan arama, saldırganlık ve düşmanlık, nörotisizm, narsisistik kişilik özellikleri, gerçek hayatta düşük öz yeterlik ve sanal

dünyada yüksek öz yeterlik, düşük öz saygı bilgisayar oyun bağımlılığı için kişide risk oluşturabilecek özelliklerdir<sup>158</sup>.

### 2.2.3.2. Nörobiyolojik Faktörler

Son yıllarda bağımlılık alanında yapılan araştırmaların birçoğu nörobilim çalışmalarıdır. 18 çalışma ile yapılan derlemede bilgisayar oyun bağımlılığında görülen nöronal değişikliklerin kumar bağımlıları ya da madde bağımlılarına benzediğini gösterilmiştir<sup>159</sup>.

Fonksiyonel MRI çalışmalarında oyunla ilgili hatırlatıcılar sunulduğunda bilgisayar oyun bağımlılığı olan bireylerde inferior frontal korteks, orbitofrontal korteks, ön singulat korteks, dorsolateral prefrontal korteks, dorsomedial prefrontal korteks, temporal korteks (hipokampus ve parahipokampal girus), parietal korteks, oksipital korteks ve bazal ganglion (talamus, nükleus accumbens ve kaudat nükleus) gibi beyin bölgelerinde aktivasyon artışı gösterilmiştir<sup>160, 161</sup>.

2015 yılında yapılan ve internet oyun bağımlılığı olan bireylerde insulanın işlevselliğinin değerlendirildiği fMRI çalışmasında, anterior insulanın anterior singulat korteks, anguler girus ve precuneus ile; posterior insulanın postsentral girus, presentral girus, suplemental motor alan ve superior temporal girus ile arasındaki fonksiyonel bağlantıda artış olduğu gösterilmiştir. Bu yüzden bağımlılıkla ilişkili bozukluklarda, bilişsel ve afektif işlevlerde merkezi rolü olan insulanın fonksiyonel değişikliğini anlamının, bağımlılığın altında yatan nöral mekanizmayı açıklayarak daha etkili tedavi yöntemlerinin bulunmasını sağlayacağı belirtilmiştir<sup>162</sup>.

Dinlenme durumunda yapılan fMRI çalışmaları ve gri madde hacim ölçümleri, dikkat, dürtüsel davranışlar, davranış inhibisyonu, motor fonksiyon, duygusal düzenleme, aşırma, bağımlılık, duyu-motor koordinasyonundan sorumlu beyin bölgelerindeki değişikliklerin internette oyun oynama bozukluğu ile ilişkili olduğunu göstermektedir<sup>163, 164</sup>.

fMRI ile risk alma, riskli karar verme sürecinde beyin aktivasyonunun incelendiği çalışmalarda, oyun bağımlılığı olan katılımcıların riskli karar verme süresinin daha kısa olduğu yönetici kontrolünde bozulma olduğu, riskli kararları daha acele bir şekilde aldıkları, dürtü kontrolünde yer alan bölgelerin daha az aktif

olduğu, anterior insulanın ve dorsolateral prefrontal korteksin karar verme sırasında daha az aktif olduğu saptanmıştır<sup>165, 166</sup>.

Oyun bağımlılığı olan kişilerde amigdalanın gri madde hacminin ve fonksiyonel bağlantılarının azaldığı, bu durumun da kişinin dürtüselliğe karşı savunmasız olmasına, kompulsif oyun oynamaya devam etmesine ve anlık ödüller ile hareket etmesine neden olduğu bildirilmiştir<sup>167, 168</sup>.

Orta beyin dopaminerjik nöronlarının birçoğu psikoaktif madde tarafından aktive edilebiliyor olması, ödül-bağımlılık sistemlerindeki rolünü güçlendirmektedir. Haz molekölü ya da anti-stres molekölü de denilen dopamin sinaptik aralığa salındığında D1 ve D5 reseptörlerini uyararak stresin azalmasına ve kişinin kendisini iyi hissetmesine sebep olmaktadır<sup>169</sup>. Bazı çalışmalar, BOB'un "Ödül Eksikliği Sendromu'ndan kaynaklandığını bildirmiştir. Bu sendromdan dolayı yeme, içme ve üreme gibi doğal ödülardan doyum alamayan bireyler, ödül için daha fazla uyarıcı arayışına girer ve çeşitli maddeleri benimsemeye meyillidirler. Kokain, alkol, kumar oynamak, bilgisayar oyunu oynamak ve riskli aktivitelerde bulunmak gibi doğal olmayan ödüller de doğal ödüller ile aynı şekilde nucleus accumbens ve frontal bölgeden dopamin salınımına yol açar<sup>170</sup>. Sonuç olarak kişinin aynı hazzı alması için daha fazla dopamine ihtiyaç duyması bağımlılığa yatkınlık oluşurmada önemli bir etken olarak değerlendirilmektedir<sup>169, 170</sup>. D2 reseptörünün A1 alleleline sahip bireylerde D2 reseptör yoğunluğunun az olduğu ve bu kişilerin daha kolay bağımlı oldukları gösterilmiştir<sup>170</sup>. PET çalışmaları, bilgisayar oyunu oynayanların ventriyal striatumda dopamin salınımının artmış olduğunu göstermiştir<sup>171</sup>. Aşırı internet oyunu oynayan bireyler de PET ile dopamin D2 (D2), Serotonin 2A (5-HT2A) reseptör fonksiyonunun ve glukoz metabolizmasının değerlendirildiği ve D2 reseptörü ile glukoz metabolizması arasındaki korelasyonun araştırıldığı bir çalışmada, aşırı internet oyunu oynayan olgularda prefrontal korteks, temporal korteks ve limbik sistemin glukoz metabolizmasının sağlıklı kontrollere göre daha az olduğu, striatumdaki D2 reseptör düşük seviyesi ile orbitofrontal korteksdeki azalmış glukoz metabolizması arasında anlamlı ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada aşırı video oyunu oynayan olgulardaki kontrol kaybının ve kompulsif

davranışların sebebinin, orbitofrontal korteksdeki D2 / 5-HT2A reseptör disregülasyonunu olabileceği iddia edilmiştir<sup>172</sup>.

### **2.2.3.3. Genetik Faktörler**

Oyun bağımlılığı etiolojisini anlamak için yapılan genetik çalışmalar, çoğunlukla dopaminerjik sistem üzerine yoğunlaşmıştır. Dopamin D2 reseptörünün Taq1A1 gen çiftinin aşırı bilgisayar oyunu oynama ile ilişkili olduğu bildirilmiştir<sup>173</sup>. Ayrıca oyun bağımlılığının serotonerjik sistem ile ilişkisi de incelenmiş ve 5HTTLPR polimorfizmi ile arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır<sup>174</sup>.

### **2.2.3.4. Oyun Oynama Motivasyonu ve Oyun Türleri**

Oyunların temelinde bulunan eğlenme motivasyonu, bilgisayar oyunları için de yüksek motivasyon kaynaklarından biridir. Fakat BOB mevzu bahis olduğunda eğlenmenin yanında ayrıca sosyal boyut da oyun oynama davranışını etkileyen durumlardan biridir. Literatürde BOB'ların sanal arkadaşlık veya ilişki kurmak, stres ve olumsuz duygularla başa çıkmak, kabul görmek, hükmetmek ve kontrol etmek, gibi motivasyonlarla oynadıkları bildirilmiştir<sup>175</sup>. Gerçek hayattaki sorunlarla başa çıkamadığında, çevrim içi rol yapma oyunları, kişiye yeni bir sanal çevre ve sosyal etkileşimleri için ideal bir kimlik kazandırmakta, sanal bir gerçeklik sağlamakta ve başarısız olunan alanları telafi etmeye yardımcı olmaktadır<sup>176, 177</sup>.

Yapılan araştırmalara göre, bazı oyun türleri ve oyun bağımlılığı arasındaki ilişkiye dikkat çekmektedir. Çevrimdışı oynanan oyunlara göre çevrimiçi oynanan oyunların daha fazla bağımlılık yaptığı, özellikle çok kişiyle oynanan çevrimiçi rol yapma oyunlarının en güçlü yordayıcı olduğu; simülasyon, rol yapma oyunlarının ve gündelik oyunların bağımlılık oluşturan davranışlarla ilişkili olduğu rapor edilmiştir<sup>158, 178, 179</sup>.

### **2.2.4 Değerlendirme ve Tanı**

İnternet oyunu oynama bozukluğu için DSM-V tarafından önerilen tanı kriterleri Tablo 2'de gösterilmiştir. Oyun oynama bozukluğunun ICD-11'de geçen tanı kriterleri Tablo 3'te yer almaktadır.

**Tablo 3.** İnternet Oyunu Oynama Bozukluğu için DSM-V Tarafından Önerilen Tanı Kriterleri.

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

*1. İnternet oyunları ile aşırı uğraşı (birey bir önceki oyun eylemini düşünür ya da bir sonraki oyunu oynamayı beklemektedir; internet oyunu oynama günlük yaşamdaki en baskın eylem haline gelmiştir).*

*Not: Bu bozukluk kumar oynama bozukluğu altında yer alan internette kumar oynamadan farklıdır*

*2. İnternette uzaklaştırıldığında çekilme belirtileri ortaya çıkar (bu bulgular tipik olarak irritabilite, anksiyete veya üzüntü ile tanımlanabilir, fakat farmakolojik çekilme belirtilerine ait fiziksel bulgu gözlenmez)*

*3. Tolerans gelişimi-İnternet oyunlarına katılmak için gerekli olan sürenin gitgide artırılması ihtiyacı*

*4. İnternet oyunlarına katılımı kontrol altına alabilmek için yapılan başarısız girişimler*

*5. İnternet oyunları nedeniyle, internet oyunları haricinde önceden ilgi duyulan hobi ve eğlenceli aktivitelere ilgi kaybı.*

*6. Psikososyal problemlere yol açtığını bilmesine rağmen internet oyunlarının aşırı kullanımına devam edilmesi.*

*7. İnternet oyunları için harcadığı süre ile ilgili olarak aile üyeleri, terapist ya da diğer kişileri kandırmıştır.*

*8. İnternet oyunlarını olumsuz duygu ve duygulanımdan kaçmak ya da rahatlamak için kullanmaktadır (örneğin çaresizlik hissi, suçluluk, anksiyete).*

*9. Önemli bir ilişki, iş veya eğitim ya da kariyer olanağını internet oyunlarına katılabilmek için tehlikeye atmış ya da kaybetmiştir.*

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

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

**Tablo 4.** Oyun Oynama Bozukluğu ICD-11 Tanı Kriterleri.

*Oyun oynama bozukluğu, aşağıdakilerle karakterize, süregelen ya da tekrarlayan şekilde, çevrimiçi (ör. İnternet üzerinden) ya da çevrimdışı olarak oyun oynama ("dijital oyun" ya da "video oyunları") davranışdır.*

*(i) Oyun oynama üzerindeki kontrolün yitilmesi (başlama, sıklık, yoğunluk, süre, sonlandırma, içerik gibi)*

*(ii) Oyunlara verilen önceliğin, diğer ilgi alanlarına ve günlük aktivitelere üstün gelecek şekilde giderek artması.*

*(iii) Olumsuz sonuçlar görülmesine rağmen oyun oynamaya aynı sıklıkla devam etmek, hatta sıklığı arttırmak. Bu davranış şeklinin kişisel, ailevi, sosyal, eğitimsel, mesleksi ve diğer işlevsel alanlarda ciddi bozulmalara neden olması*

*Bu oyun oynama davranışı sürekli ya da aralıklı ve tekrarlayıcı olabilir. Tanı koymak için bu oyun oynama davranışı ve diğer özelliklerin en az 12 aylık bir süre boyunca belirgin olması gerekmektedir. Ancak tüm tanı kriterleri karşılanıyor ve semptomlar ağır ise gerekli süre kısaltılabilir.*

Türkiye’de internet bağımlılığından farklı olarak İOOB’yi ölçmek için kullanılan altı ölçek vardır. Bunlardan dördü direkt Türkiye’de geliştirilmiş olup diğer ikisi ise yurt dışında geliştirip Türk kültürüne uyarlanmıştır. Türkiye’de geliştirilen ölçeklere baktığımızda; bu ölçeklerden ilki Horzum ve ark. tarafından geliştirilen 21 maddelik “Çocuklar için Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeği”<sup>5</sup>. İkincisi, Kaya tarafından geliştirilmiş 69 maddelik “Çevrimiçi Oyun Bağımlılığı Ölçeği”<sup>180</sup>. Üçüncüsü, Hazar ve ark. tarafından geliştirilen 24 maddelik “Çocuklar için Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği”<sup>181</sup>. Dördüncüsü ise Yılmaz, ve ark. tarafından geliştirilen 21 maddelik “Çocuklar için Video Oyun Bağımlılığı Ölçeği”<sup>182</sup>. Lemmens ve ark. Hollanda’da geliştirmiş olduğu 21 maddelik uzun form ve yedi maddelik kısa forma sahip Oyun Bağımlılığı Ölçeği”<sup>131</sup> ise birbirinden bağımsız üç farklı çalışma ile Ilgaz<sup>183</sup>, Yalçın ve ark.<sup>184</sup>, Evren ve ark.<sup>185</sup> tarafından Türk kültürüne uyarlanmış, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Pontes ve Griffiths’in geliştirdiği dokuz maddelik İnternet Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği Kısa Formu<sup>186</sup> birbirinden bağımsız iki farklı çalışma ile Evren ve ark.<sup>187</sup>, Arıçak ve ark.<sup>188</sup> tarafından Türkçeye çevrilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.

### 2.2.5. Eşlik Eden Sosyal Sorunlar, Fiziksel ve Ruhsal Bozukluklar

Literatür incelendiğinde, BOB ile ilişkilendirilen ruhsal bozuklukların yaygın bir sorun olarak giderek arttığını bildiren çok sayıda yayın olduğu görülmüştür<sup>158, 189, 190</sup>.

Bilgisayar oyunlarının sosyal ilişkiler üzerine olumlu etkileri olabildiğini gösteren çalışmalar<sup>191, 192</sup> olmasına karşın birçok araştırmada aşırı internet kullanımı ve bilgisayar oyunu oynamanın saldırgan davranışlar<sup>193</sup>, dikkat problemleri<sup>194</sup>, akademik başarıda düşme<sup>195</sup>, empati azlığı<sup>196</sup>, uyku bozukluğu<sup>197</sup> sosyal ilişkilerde bozulma<sup>198</sup>, uyku, iş, eğitim, sosyalleşme ve arkadaşlıklardan ödün verme<sup>199, 200</sup>, oyunla ilgili takıntılı düşünceler ve gerçek arkadaşlıkların kaybı<sup>201</sup> uyum bozucu baş etme yöntemleri<sup>202</sup>, sözel bellek sorunları<sup>203</sup>, kendini iyi hissetmenin azalması, yalnızlık hissini artırması<sup>204</sup> gibi olumsuz etkileri olduğu tespit edilmiştir.

Aşırı bilgisayar oyunu oynamanın, dürtü kontrolü, davranışsal inhibisyon, yürütücü işlevler, dikkat, genel bilişsel fonksiyonlar<sup>205</sup>, algı ve el-göz koordinasyonu<sup>206</sup> üzerine olumsuz etkileri olduğu bildirilmiştir.

Williams ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada çok oyunculu çevrimiçi oyunları oynayanların genel popülasyona göre beden kitle göstergelerinin, kaygı düzeylerinin, madde kullanım oranlarının daha yüksek, sağlıklı hissetme ve egzersiz yapma oranlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir<sup>207</sup>.

Diğer bağımlılık türlerinde olduğu gibi BOB da birçok psikiyatrik bozuklukla birlikte görülmektedir. En çok araştırılan ve birlikte görüldüğü bildirilen bozukluklar dürtüsellik, DEHB, anksiyete ve depresyondur<sup>208</sup>. Nörobiyolojik özelliklerinin benzerliği sebebiyle, diğer davranışsal bağımlılıklar ile BOB birlikte görülebilen bozukluklardandır<sup>209</sup>. Bilgisayar oyun bağımlılığı ile birlikte en sık görülen bozukluklardan biri depresyondur<sup>209</sup>. İspanya'da yapılan bir gözden geçirme çalışmasında bilgisayar oyun bağımlılığı ile anksiyete arasında %92, sosyal fobi ve obsesif kompulsif bozukluk belirtileri arasında %75 oranında bir ilişki olduğu saptanmıştır<sup>210</sup>.

Araştırmacılar madde kullanım bozukluğu ile BOB'un nörobiyolojik benzerliklerinden yola çıkararak, oyun bağımlılığı ile DEHB'nin ilişkisini incelemişlerdir. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında DEHB tanılı grupta problemlili oyun oynama puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir<sup>15, 146</sup>. Aynı zamanda birçok bağımlılığın temelini oluşturan dürtüsellik de BOB ile birlikte görülebilmektedir. Yüksek dürtüsellik ile bilgisayar oyun bağımlılığı belirtileri arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir<sup>211</sup>.

Türkiye'de yapılan bir araştırmada İOOB olan 52 ergenin %92.3"nde, 47 kontrol olgusunun %46.8"nde en az bir psikiyatrik tanı saptanmıştır. İOOB olan grupta en sık görülen tanılar sırasıyla DEHB (%48.1), sosyal anksiyete bozukluğu(SAB) (%44.2), depresyon (%38.4) ve karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (KOKGB) (%28.8) şeklinde<sup>212</sup>.

Türkiye'de yapılan başka bir araştırmada ise İOOB olgularının %90"nda, kontrol olgularının %56"sında en az bir psikiyatrik tanı olduğu, en sık konulan tanıların DEHB (%50), SAB (%38), KOKGB (%22) ve depresyon (%22) olduğu bildirilmiştir<sup>213</sup>.

## **2.2.6. Tedavi**

BOB tedavisi ile ilgili yeterli araştırma bulunmamakla birlikte yapılan bazı çalışmalarda, psikososyal ve farmakolojik müdahalelerin bilgisayar oyun bağımlılığı belirtilerini önemli oranda azalttığı bildirilmiştir<sup>214</sup>.

BOB'da BDT'nin etkisinin araştırıldığı çalışmalarda BDT'nin BOB belirtilerinde ve eşlik eden anksiyete, depresyon ve dikkat problemlerinde, zaman yönetimi sorunlarında, uyum bozucu bilişler ve sosyal ilişkilerde belirgin iyileşme sağladığı tespit edilmiştir<sup>215, 216</sup>.

Ergenler ile yapılan bir çalışmada; BDT ve bupropion tedavisinin birlikte uygulanmasının, bilgisayar oyun bağımlılığının klinik belirtileri ile eşlik eden anksiyete ve depresyon belirtileri üzerine olumlu etkisi olduğu, oyun sırasındaki etkinlik düzeyinin (oyunda kaldığı süre, tuşlara basma oranı, tepki verme hızı, vb.) uygun seviyeye çekilmesini sağladığı görülmüştür<sup>217</sup>.

Yalnızca bupropion tedavisinin kullanıldığı bir araştırmada ise, BOB klinik belirtilerinde, aşırme sorunlarında, eşlik eden depresyon belirtileri ve okul/iş problemlerinde anlamlı iyileşme gözlenmiştir<sup>218</sup>.

Han ve ark. tarafından yapılan metilfenidatın kullanıldığı bir araştırmada ise metilfenidat verilen ergenlerin, herhangi bir tedavi uygulanmayan ergenlere göre BOB klinik belirtilerinin ve eşlik eden dikkat sorunlarının önemli oranda azaldığı belirtilmiştir<sup>219</sup>.

Shek ve ark. çok modelli danışmanlık tedavisi uygulanan ergenlerin, BOB klinik belirtilerinde, uyum bozucu bilişlerinde, eşlik eden anksiyete, depresyon problemlerinde, sosyal ilişkilerindeki sorunlarda anlamlı düzelme görüldüğünü, benlik saygısı düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin arttığını belirtmiştir<sup>220</sup>.

## **2.3. Bağlanma**

### **2.3.1. Tanım ve Tarihçe**

Bağlanma, yaşamın ilk günlerinde oluşmaya başlayan, çevreyle etkileşimde bulunma sonucunda gelişen ve duygusal tarafı ağır basan bir durumdur. Bağlanma ayrıca çocuk ve bakım veren kişi arasında oluşan; çocuğun bakım veren kişiyi arama ve yakınlık arayışı davranışları ile ortaya çıkan, özellikle stres durumlarında belirginleşen, sağlam ve devamlılığı olan duygusal bir bağ olarak da tarif edilmektedir<sup>221</sup>. İngiliz psikanalist John Bowlby, bağlanmayı bakım verene yönelik yakınlığı devam ettirmeye hizmet eden içgüdüsel bir süreç ya da kişilerin kendileri için önemli gördükleri insanlara karşı geliştirdikleri güçlü duygusal bağlar olarak ifade etmektedir<sup>222</sup>. Bağlanma kuramı, anne ve bebek arasındaki bağın fonksiyonunu, bağın zarar görmesi halinde çocukta gelişecek olumsuz etkilerinin sonuçlarını inceler<sup>223</sup>.

Ebeveynden ayrılan çocukların çektiği yoğun sıkıntıyı anlamaya çalışan Bowlby kuramın temelini atmıştır<sup>224</sup>. Bowlby'nin bu konudaki araştırmaları, 1944 yılında 44 çocuk ve ergen hırsızını incelediğinde, onların bebeklik ve erken çocukluk döneminde annelerinden uzun süre ayrı kaldıklarını fark etmesi ile başlamıştır<sup>225</sup>. 1949'da Dünya Sağlık Örgütü'nün Bowlby'den savaş sonrasında yetim ve evsiz kalan çocuklar hakkında istediği raporda yaşamın ilk üç yılındaki anne yoksunluğunun, çocukların bedensel ve ruhsal hastalık geliştirme riskini

arttırdığı belirtilmiştir<sup>226</sup>. Kurum bakımındaki çocukların iyi beslenmesine rağmen ruhsal sorunlarının olması ve yeterli gelişimi gösterememeleri Bowlby'nin, psikanalitik kuramcılarının öne sürdüğü “çocuklar annelerini, onunla açlık güdüsünün doyurulması arasında bir çağrışım kurdukları için severler” görüşünden uzaklaşmasına sebep olmuştur<sup>227</sup>. Ayrıca Bowlby bağlanma kuramını oluştururken Konrad Lorenz ve Harry Harlow'un etolojik (hayvan bilimi) araştırmalarından ilham almıştır<sup>227</sup>. Konrad Lorenz 1935'te ebeveynleri tarafından beslenmeyen yeni doğmuş ördeklerin kişilere veya nesnelere bağlanabildiğini göstermiştir<sup>228</sup>. 1958 yılında Harry Harlow, resus maymunlar ile yaptığı deneyde kendilerini besleyen telden yapılmış anneyi değil, kıyafet giydirilmiş anneyi tercih ettiklerini ve rahatladıklarını gözlemlemiştir<sup>228</sup>. Sonuç olarak Bowlby, Lorenz ve Harlow'un yaptığı çalışmalarda anne bebek arasındaki ilişkinin sadece beslenme ile ilgili olmadığı gösterilmiştir<sup>226</sup>.

Kanadalı bir psikolog olan Ainsworth, çocukların bağlanma ve bakım verenden ayrılma davranışlarını laboratuvar ortamında değerlendiren “Yabancı Durum Testi (Strange Situation)” adını verdiği standart bir yöntem geliştirmiştir ve Bowlby'nin bağlanma kuramına davranışsal bir boyut kazandırarak, kuramın istatistiksel olarak ölçülebilir hale getirmiştir<sup>229, 230</sup>.

### **2.3.2. Bağlanmanın Gelişimi**

Anne-bebek arasında bağlanma gebelik döneminde başlamaktadır<sup>231</sup>. Fetüs, doğum öncesinde annenin duygulanımlarına tepki verebilmektedir. Yirmi altıncı gebelik haftasında fetüsün algılama, tepki verebilme ve duyduğu bilgileri yakalama yeteneklerinin olduğu belirtilmektedir<sup>232, 233</sup>.

Bowlby'nin bağlanma kuramının temelini, doğumda tam olarak olgunlaşmayan bebeklerin yalnızca onlara bakmaya ve korumaya istekli bir yetişkinin varlığında yaşayabilecekleri varsayımı oluşturmaktadır. Bowlby'e göre bebeklerde, yaşamlarını sürdürebilmeleri için gerekli olan insanlarla bağ oluşturmaları için onları güdüleyen, doğuştan gelen psikopatolojik sistemler vardır. Ayrıca bebeklerin bakım veren ile etkileşimini sağlamaya yardımcı emme, izleme, dokunma, ağlama, gülümseme gibi davranışlara sahip olarak dünyaya gelmeleri bu bağın gelişmesine yardımcı olur. Bakım veren ile kurduğu nizamlı

ve tutarlı bir etkileşim sonucunda, bebeğin doğuştan getirdiği bu özellikler daha da gelişir<sup>234, 235</sup>.

Çocuklar bağlanma davranışlarını erişilebilir herhangi bir kişiye yönlendirebilir gibi görünse de gerçekte hayatının 6. ya da 7. ayına kadar gelişimsel olarak normal olan bebekler, kendi seçimleri ile, kendisiyle yakınlık kurmak istedikleri ve ayrı kalmaya itiraz etmedikleri bir tek kişiye yönelirler. Sıkıntı ya da zorlanmalarda bebeklere olumlu tepki verenler, onlar için önemli olan kişilerdir. Dahası bu tepkinin kalitesi de önemlidir. Böylelikle tanıdıklık ve olumlu tepkisellik, tercihleri belirleyerek bağlanma kişinin seçilmesini sağlar<sup>227</sup>.

Bağlanmanın gelişim süreci aşağıdaki aşamalarla açıklanmaktadır.

a) Doğum - 2 Ay: Bu dönemde anneyi kokusundan ve sesinden tanıyan bebek, bir yabancıyla baş başa kaldığı zaman alarm tepkileri vermez. Yakınlığı korumaya yönelik belirgin bir hedefin olmadığı bu evre, bebekte çevresindekilerle/bakıcılarla yakınlığını artırma çabalarının görüldüğü bir dönemdir.

b) 2-7 Ay: Bu dönemde herkesin ilgisini çekmekten hoşlanan ve ebeveynlerinden ayrıldığı zaman stres belirtileri göstermeyen bebeğin, çevresindekilere yönelik bir güven duygusu geliştirmeye başladığı görülmektedir. Davranışlarının diğer insanları etkilediğini ve ihtiyaçlarının bu insanlarca tatmin edilebileceğini algılamaya başlayan bebeğin, kendisine en yakın algıladığı ve ona doyum sağlayan bakıcı (anne) önemli bir rol oynamaya başlar.

c) 7-24 Ay: Bebekte ayrılık ve yabancı kaygısının görüldüğü bu dönemde bakıcı (anne), çevreyi keşfetme sürecinde güvenli bir temel rol üstlenir.

d) 24 Ay: Ayrılığı tam olarak bu evrede kavrayan bebek, bu dönemle birlikte ayrılıkları tolere etmeye başlar. Düşünsel gelişiminin de etkisiyle ayrılma bir araya gelme nedenlerini kavramaya başlayan bebek, artık "diğerinin" gereksinimleri de göz önüne alır. Her ayrılıkta anneyle bebek arasında var olan karşılıklı yakınlığı ve bağlılığı gösteren davranışlar ortaya çıkmaktadır. Örneğin; el sallama veya güle güle öpücüğü gibi<sup>234</sup>.

Yirmi besinci aydan sonra anneden bağımsız olan bebeğin, annesiyle oluşturduğu, karmaşık bir ilişki mevcuttur. Sürecin bitme noktasına “amacı koşullara göre düzeltilmiş ortaklık” adı verilir. Burada yakınlığı korumanın hedefi, çocuğun doyumu erteleme ve bakıcının ulaşılabilirliğinin bilişsel olarak temsil edebilme yeteneğine göre ayarlanmıştır. Bu bağlamda çocuk ve bakıcı aralarındaki ilişkinin şartlarını görüşmeye veya pazarlık etmeye başlayabilir ve her biri kendi amacı hakkında sözel iletişime girebilir, amaçlarını eşgüdümlü hale getirebilirler. Böylece bebeklik döneminde bağlanma davranışı geliştirilmiş olur<sup>227, 234</sup>.

### **2.3.3.Bağlanmanın Nörobiyolojisi**

Annelerin babalardan daha çok bebekle ilgilenmelerinin ve daha doğal bakım verme davranışı gösterebilmelerinin temelinde kültürel ve sosyal etkenler dışında nörobiyolojik farklılıklar da yer almaktadır<sup>236</sup>. Anne beyni daha fazla bakım verme için hazırlanmıştır. Dişilerin limbik sistemi bebeğin stresli çağrılarında daha fazla duyarlılık göstermek, çocuklarla daha yakın ilişki içinde olmak ve daha çok oyun oynamak üzere tasarlanmıştır. Annenin çocuğuna bağlanması ve sevmesinde ödül ve strese cevap mekanizmalarının önemli rollerinin bulunduğu iddia edilmektedir<sup>237</sup>. Elektrofizyolojik çalışmalarda gönüllülere bebek yüzü resimleri gösterildiğinde kadınlarda uyarılmış potansiyellerden (ERP) P1 cevabının erkeklere göre çok daha hızlı ve geniş olarak ortaya çıktığı, bu sebep ile de kadınların bebek yüzüne karşı daha duyarlı oldukları düşünülmektedir<sup>238</sup>.

Hem partnere karşı romantik aşk, hem de annenin çocuğuna olan sevgisi beyindeki ventral tegmental alan, kaudat çekirdek, nükleus akkumbens gibi aynı beyin ödül sistemini etkin hale getirmektedir. Anne sevgisi oluşum sürecinde eş zamanlı olarak, orta prefrontal, inferior parietal, posterior singulat korteks, amigdala gibi olumsuz duygulara ve sosyal yargı ve eleştirel düşüncelere ilişkin beyin yapılarında etkinlik azalması olduğu düşünülmektedir. Sonuç olarak anne sevgisi çocuğa karşı eleştirel değerlendirme olasılığını azaltmaktadır<sup>239</sup>.

2004 yılında yapılan bir fMRI çalışmasında, annelere kendi çocuklarının daha önce görmedikleri gülümseyen bir fotoğrafı ile gülümseyen yabancı bir çocuğun fotoğrafı gösterilmiştir. Kendi çocuklarının resmini gördüklerinde anneler daha hoş duygular bildirmişler ve görüntüleme belirgin olarak iki taraflı

orbitofrontal korteks (olumlu duygularla pozitif ilişkili) ve iki taraflı vizüel korteksde etkinlik artışı gözlenmiştir<sup>240</sup>.

Annenin çocuğa bağlanması ve bakım vermesinde oksitosin ve vazopressin hormonlarının da önemli rol oynamaktadır. Yapılan hayvan çalışmaları, yavrularını çok yalayan anne hayvanların ve dişi yavrularının medial preoptik alandaki oksitosin reseptör bağlanması ve bu oksitosinerjik nöronlar üzerindeki östrojen alfa reseptörleri ifadesi artmış bulunmuştur<sup>241</sup>. Vazopressin ve oksitosin erkek ve dişi beyinde farklı davranış şekillerine neden olmaktadır. Oksitosin, vazopressine göre daha çok dişilerin cinsel ve sosyal davranışlarında etkiliyken; vazopressin erkek cinsel davranışında daha fazla etkili olup, daha çok saldırganlıkla ilişkilidir. Oksitosin, babaların çocuklarına karşı daha az saldırgan ve destekleyici olmasını sağlarken, vazopressin ise annelik davranışının daha saldırgan yanı ile ilişkilidir; bu durum annenin çocuğunu kötülükten korumasına yardımcı olma şeklinde açıklanabilmektedir<sup>237, 242</sup>.

Yazında oksitosin, prolaktin ve endojen opioidlerin sosyal bağlanmada etkili olduğu ve bu nörohormonlardaki bir bozukluğun bağlanma sorunlarına yol açabileceğinde bildirilmektedir<sup>243</sup>. Sosyal ilişkilerin haz veren, olumlu yönleri beyindeki endojen opioidlerin salınımı ile oluşmaktadır. Eğer bir ikilinin sosyal ilişkisi oksitosin, vazopresin ve opioid düzeylerinde yükselmeye yol açıyorsa, bu ikilinin daha sonra da vakit geçirdikleri saptanmıştır. Sosyal bağlanmada olumlu duygular ortaya çıkmasını sağlayan bu hormonlar, aynı zamanda bu duyguların belleğe kaydedilmesini de kolaylaştırmaktadır<sup>237, 244, 245</sup>.

Ayrıca annenin çocuğa bağlanması ve bakım vermesinde stres sisteminin de rolü olduğu bildirilmiştir. Gebelik süresince stres sisteminin esas bileşeni olan Hipotalamus-hipofiz-adrenal aksın (HPA) işlevi ve strese cevap şiddeti azaldığı gösterilmiştir. Bu durumun, östrojenin hipofizer CRH reseptörlerinde yaptığı duyarsızlaşmaya bağlı olarak adrenokortikotropik hormon (ACTH) salınımını azaltması sonucunda olduğu düşünülmektedir<sup>246</sup>. Annenin özellikle gebelik dönemindeki fakirlik, çok çocuk, eşin iyi olmaması gibi uygun olmayan çevresel koşulları, annenin çocuğa bakımı ve gösterdiği sevginin azalmasına neden

olmakta ve çocuğun ilerdeki davranışlarının kalıcı biçimde değişmesine yol açabilmektedir<sup>247</sup>.

Yeni doğan bebeklerin olfaktör bulbus, lateral sulkus (LS) ve amigdalaları anneye bağlanmayı kolaylaştıracak yönde gelişmiş olduğu ve öğrenme sistemlerinin de erişkinlerinkinden çok farklı çalıştığı gösterilmiştir. Memelilerde yeni doğan bebeğin LS'ü hiperaktif olduğu için anneyi ve kokusunu çabucak öğrenebilmekle birlikte amigdalası ise hipoaktif olmasından dolayı da yavru annesinin zaman zaman ortaya çıkabilen kötü ve gelişigüzel muamelesine rağmen ondan korkmaz, kaçmaz (şartlı korku cevabı oluşmaz) ve her şeye rağmen ona bağlanır. İnsan bebeklerinin de bakım veren kişi istismarcı bile olsa ona güçlü bir biçimde bağlandıkları yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Sonuç olarak sosyal hayvanlarda yeni doğan bebeğin beyni, kendisine iyi ya da kötü nasıl davranırsa davransın, en yakınındaki kişiye bağlanmasını sağlayacak biçimde gelişmektedir. Bu otomatik bağlanma olayı daha çok doğumun ilk günlerini içine alan belli bir kritik dönem için geçerlidir. O dönemden sonra ise kendine kötü davranandan kaçmaktadır<sup>248</sup>.

#### **2.3.4. Bağlanma Stilleri**

Bağlanma şekillerini ilk kez Ainsworth tanımlamıştır. Ainsworth laboratuvar ortamında annesinden ayrılan ve sonradan annesiyle buluşturulan çocukların tepkilerini incelemiştir. Ainsworth bebeklerin tepkileri ile güvenli ve güvensiz bağlanma biçimlerini değerlendirmiş ve bunları güvenli, kaygılı-kaçınan ve kaygılı-dirençli ya da kaygılı-kararsız olarak 3 ayrı gruba ayırmıştır.

- i) Güvenli bağlanma geliştiren bebekler, birincil bağlanma nesnelere yanlarında olmadığı şartlarda, çevreyi araştırıp, yakınlığı koruyabilen ve bakım verenini güvence üssü olarak kullanabilme yeteneğine sahiptirler. Ebeveynin gidişine tepki verirler. Ancak, protesto davranışı, anne-babanın geri dönüşüyle birlikte yerini rahatlama ve araştırmacı davranışlara bırakmaktadır.
- ii) Kaygılı-kaçınan bağlanma geliştiren bebekler, bakıcıları ile birlikte araştırmacı davranışlara devam edip duygularını bu kişi ile paylaşmamaktadırlar. Ancak, bakıcıları herhangi bir şekilde ortamdaki

ayrılıp geri döndüğünde, hiçbir değişiklik olmamış gibi meşgul oldukları işe dikkatlerini yöneltirler.

- iii) Kaygılı-kararsız ya da kaygılı- dirençli bağlanma geliştiren bebekler, bakıcıları yanlarındayken diğer kişilerle ve çevreleriyle ilgilenirler. Ancak, herhangi bir ayrılık durumunun hemen ardından hem bakıcıları ile bir arada olmak hem de ondan uzaklaşmak istemektedirler<sup>249</sup>.

Son yıllarda araştırmacılar, dağınık/yönü belirsiz bağlanma (disorganized attachment) adı verilen bir bağlanma türü üzerinde durmaktadırlar. Bu örüntüde, kaygının denetiminde tutarlı bir strateji mevcut değildir. Kaçınan ve kararsız davranışların bir araya gelmesiyle oluşan örüntü, bağlanma ilişkisini yönlendirmektedir. Araştırmalar, bu örüntünün, bebeğin birincil bakıcısının depresyonda veya hasta olduğu durumlarda ya da çocuğu istismar edici davranışlar sergilediğinde ortaya çıktığı görüşünü desteklemektedir<sup>250</sup>.

### **2.3.5. Bağlanma ve Psikopatoloji**

Bağlanma kuramı, erken dönemdeki anne ile yaşanan tecrübelerin çocuğun farklı toplumsal ortamlarda kişiler arası ilişkilerini düzenleyen içsel zihinsel temsilleri oluşturduklarını belirtmektedir<sup>251</sup>. Kendilik hakkındaki içselleştirilmiş temsiller süreğen ve olumlu bir kimlik duygusunun oluşumunda önemli iken diğerleri hakkındaki temsiller ise süreğen ve keyif alınan kişiler arası ilişkilerin kurulabilmesinde önemli rol oynarlar. Güvenli bağlanan kişiler yüksek benlik saygısına sahiptir. Kendilerini değerli bulurlar ve yakınlık kurmaktan çekinmezler<sup>252</sup>.

Genel olarak güvensiz bağlanma düşük sosyalliğe, dışa dönük ve içe dönük davranım bozukluklarına, sorunlu akran ilişkilerine, kendi duygu ve davranışlarını kontrol etme ile ilgili sorunlara neden olmaktadır<sup>253</sup>. Güvensiz bağlanmanın bir çeşidi olan dezorganize bağlanmada ise kişilik bozuklukları gibi çok daha ağır psikopatolojiler görülebilir<sup>254</sup>. Kaygılı bağlanmanın daha çok anksiyete ve depresif bozukluklarla, kaçınan bağlanmanın ise daha davranım problemleriyle ilgili olduğu bildirilmektedir<sup>255</sup>.

Yapılan bir derleme çalışmasında güvensiz bağlanmanın kaygı ve depresyon ile ilişkili olduğu gösterilmiştir<sup>256</sup>. Yapılan başka bir çalışmada ise okul

çağı çocuklarında kaygı belirtilerinin güvensiz bağlanma ile bağlantılı olduğu bildirilmiştir<sup>257</sup>.

Clarke ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada DEHB tanısı olan çocukların sağlıklı kontrollere göre daha fazla oranda güvensiz bağlandıklarını gösterilmiştir<sup>18</sup>. Başka bir çalışmada ise DEHB belirtilerinin dağınık bağlanan çocuklarda güvenli bağlanmalara göre daha şiddetli olduğu bildirilmiştir<sup>258</sup>. KOKGB tanısı konulan okul öncesi dönem çocukların sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığı bir çalışmada, güvensiz bağlanma KOKGB grubunda %80; sağlıklı kontrol grubunda ise %30 oranında bulunmuştur<sup>259</sup>. Başka bir çalışmada ise kaçınan grubun KOKGB ile daha çok ilişkisinin olduğu bulunmuş ve güvensiz bağlanmanın KOKGB gelişme riskini arttırabileceği ifade edilmiştir<sup>260</sup>. Davranım bozukluğu tanısı koyulan ergenlerin daha fazla oranda kayıtsız bağlanma gösterdikleri ve kayıtsız bağlanan ergenlere daha fazla oranda madde kullanım bozukluğu olduğu belirtilmiştir<sup>261</sup>. Yang ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada güvensiz bağlanma olan çocuklarda oyun bağımlılığının daha fazla olduğu gözlenmiştir<sup>262</sup>.

#### **2.4. DEHB, Oyun Bağımlılığı ve Bağlanma**

Literatür incelendiğinde DEHB olan çocuklarda oyun bağımlılığında bağlanma etkisini araştıran çalışma bulunmadığı görülmüştür. Çalışmalar daha çok oyun bağımlılığı ve bağlanma, oyun bağımlılığı ve DEHB, bağlanma ve DEHB arasındaki ilişkiyi araştırmaktadır.

Birkaç çalışma, ebeveyne bağlanma ile bilgisayar oyun bağımlılığı arasında zayıf bir ilişki olduğunu veya doğrudan bir ilişki olmadığını bildirmiştir<sup>263</sup>,<sup>264</sup>. Bununla birlikte çoğu araştırma bilgisayar oyun bağımlılığı olan bireyler arasında güvensiz bağlanmanın daha yaygın olduğunu ileri sürmüştür<sup>265-268</sup>. Estevez ve ark. 13-21 yaş arasındaki 472 öğrencinin dâhil edildiği çalışmada ebeveyne bağlanma ile internet oyun bağımlılıkları arasında negatif bir ilişkili olduğu bulmuştur<sup>268</sup>. Güney Kore'de 624 ergen ile yapılan çalışmada, bağımlı olmayan oyunculara kıyasla bağımlı oyuncuların hem baba, hem de anne-çocuk bağlanması puanlarının daha düşük olduğu belirtilmiştir<sup>269</sup>. Başka bir çalışmada oyun bağımlılığının güvensiz bağlanma boyutlarından biri olan kaygılı

bağlanmayla ilişkili olduğu gözlenmiştir<sup>270</sup>. Cho ve ark. madde bağımlılığı ve internet bağımlılığı açısından yüksek riskli 2188 ergenin yer aldığı çalışmada. Güvensiz bağlanmanın madde bağımlılığı bulunan grupta anlamlı olarak daha fazla olduğunu saptamıştır. Ayrıca bağımlılık olan grupta anlamlı olarak daha fazla dikkatsizlik ve dürtüsellik sorunları olduğu raporlanmıştır<sup>271</sup>. Lewis ve ark. ise, oyun bağımlısı olan bireylerin geliştirmiş oldukları karakterlere bağlandıkları ve kendilerine olan güven duygularının karakterleri üzerinden belirlendiğini saptamıştır. Bu durumun kişilerin güvensiz bağlanma geliştirdiği ve bağlanma figürüyle sağlıklı ilişki kuramayan kişilerde bağlanma figürüne ihtiyaç duyulmasından kaynaklı olabileceği düşünülmüştür<sup>272</sup>.

DEHB, yapılan çalışmalarda patolojik internet kullanımı ve BOB için spesifik bir risk faktörü olarak gösterilmiştir<sup>273-275</sup>. Ko ve ark. psikiyatrik belirtilerin varlığının daha sonra internet bağımlılığı gelişimini öngörüp öngörmediğini belirlemek için 2 yıl boyunca 2.000'den fazla ergeni izlediği çalışmada, DEHB'nin internet bağımlılığının gelişimi için en önemli belirleyici olduğu gösterilmiştir<sup>276</sup>. Ergenlerin problemlili bilgisayar oyunu oynama düzeyleri ile psikiyatrik semptomları saptamak için İsveç'te yapılan çalışmada, problemlili oyuncuların ve sağlıklı bir grubun psikiyatrik semptomları karşılaştırılmıştır. Sağlıklı gruba göre problemlili bilgisayar oyuncusu olan ergenlerin DEHB semptomlar görülme oranının daha yüksek olduğu rapor edilmiştir<sup>14</sup>. Psikiyatrik bozukluğu olan ve olmayan ergenlerin internet bağımlılığı düzeyleri Tahiroğlu ve ark. tarafından araştırılmış. Psikiyatrik bozukluğu olan grupta en sık görülen bozukluğun DEHB olduğunu ve en yüksek internet bağımlılığı düzeyinin de DEHB'li ergenlerde olduğunu bulunmuştur<sup>277</sup>. Küçük bir çalışma, 6-16 yaş aralığında DEHB olan çocuklarda video oyunu oynama kontrollerle doğrudan karşılaştırmıştır. İlginç bir şekilde, iki grup arasında video oyunu oynama sıklığı veya süresi açısından hiçbir fark olmamakla birlikte, DEHB olan çocuklar, kontrollere göre daha yüksek bağımlılık düzeyi göstermişlerdir<sup>15</sup>. DEHB semptomlarının şiddeti (özellikle dikkatsizlik) ile internette geçirilen zaman arasında bir ilişki olduğunu belirtilmiştir. Bu çalışmada, günde 1 saatten fazla oyun oynayan ergenlerde, Connors ebeveyn derecelendirme ölçeğinde günde 1 saatten az oynayan ergenlere kıyasla daha sık ve daha şiddetli dikkatsizlik belirtileri ve daha yüksek DEHB toplam puanının

olduğu gözlenmiştir<sup>278</sup>. Gentile ve ark. dikkatsizlik ve dürtüselliğin hem daha fazla video oyunu oynamanın yordayıcıları hem de çocuklarda ve ergenlerde haftalık daha uzun video oyunu oynamanın sonuçları olduğunu bulmuşlardır<sup>279</sup>. Bilgisayar oyun bağımlılığının oluşmasına neden olan biyolojik sebepler araştırıldığında DEHB ile benzer özellikler bulundurması dikkat çekmektedir. BOB'un da DEHB gibi dopaminin aracılık ettiği beynin ödül mekanizmasıyla alakalı olduğu bildirilmektedir<sup>280</sup>. Aynı zamanda Han ve ark.'nın yaptığı çalışmada dopamin ve norepinefrin üzerinden etki eden, DEHB tedavisinde kullanılan metilfenidatın, BOB olan çocuklarda semptomların azalmasını sağladığı gösterilmiştir<sup>219</sup>. Yapılan diğer çalışmalar, bilgisayar oyunları sırasında dopamin salınımının olduğunu bildirmiştir<sup>281, 282</sup>.

DEHB ile güvensiz bağlanma ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada DEHB tanılı çocukların daha çok güvensiz bağlanma sergiledikleri tespit edilmiştir<sup>18</sup>. Pinto ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada yenidoğan çocuklar 7 yaşına kadar takip edilip çeşitli ölçeklerle değerlendirildikten sonra hem dikkat eksikliğinin hem de hiperaktivitenin dezorganize bağlanmayla ilişkili olduğu bulunmuştur<sup>283</sup>. Başka bir çalışmada ise dezorganize bağlanma ve dikkat problemlerini önemli ölçüde ilişkili bulunmuş ve DEHB'li çocuklarda saplantılı bağlanmanın daha yaygın olduğunu ifade edilmiştir<sup>284</sup>. Finzi ve ark. DEHB'li çocuklardaki mizaç ve ebeveynlik stiline bağlanma paternine etkileri araştırmış, birleşik tip ve hiperaktivite baskın tiplerdeki çocuklar dikkat eksikliği baskın olanlara göre anksiyöz ve kaçınan bağlanmada daha yüksek puanlar almışlar ve ailelerinin bu çocuklar üzerinde kontrol stili daha yüksek çıkmıştır. DEHB'li çocuklarda yetersiz ebeveynliğin, aşırı kontrolcü ya da müsaade edici tutumların çocuğun kendini düzenlemedeki zorluklarını arttırabildiği ve güvensiz bağlanma paternlerinin yerleşmesine yol açabileceği ileri sürmüşlerdir<sup>285</sup>. DEHB gelişimi açısından, çocuk-aile ilişkisinde, aile işlevselliğindeki bozuklukların ve anne-baba tutumlarının önemli rol aldığı belirtilmektedir. DEHB tanısı konmuş çocuk ve ergenlerin anne-babalarında daha fazla olumsuz-tepkisel davranış kontrolü ve daha az olumlu anne-babalık tutumu tespit edilmiştir<sup>286</sup>. Bu durumun bağlanmayı etkilediğini gösteren birçok çalışma yapılmıştır<sup>18, 283, 284</sup>. Literatürde güvenli

olmayan bağlanma stillerinin çocuklarda dışa atım bozuklukları için bir risk faktörü olmakla birlikte bağlanma süreci ile yakından ilişkili bir parametre olan ebeveyn bakımının kalitesi, DEHB'nin davranım bozukluğu ile komorbid olma komplikasyonuna karşı koruyucu bir faktör olabileceği belirtilmiştir<sup>287</sup>.



### 3. GEREÇ ve YÖNTEM

#### 3.1.Örnekleme Grupları

1 Mart 2020 – 1 Ağustos 2020 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran, yapılan ruhsal muayene ile DSM-V tanı kriterlerine göre ilk kez DEHB tanısı alan veya DEHB tanısı olup son 3 aylık dönemde ilaç tedavisi almamış olan, 8-12 yaş arası 175 çocuk çalışmaya dâhil edilmiştir. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan çocukların hem kendilerinden hem de ailelerinden sözlü ve yazılı onay alınmıştır.

Çalışmaya başlanmadan önce Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 2020/107 sayılı kararı ile etik kurul onayı alınmıştır.

#### 3.1.1.Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri:

1. 8-12 yaş arasında olması (8 ve 12 dâhil)

2. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran yapılan ruhsal muayene ile DSM-V tanı kriterlerine göre ilk kez DEHB tanısı almış olması veya daha önce DEHB tanısı almış olup son 3 aydır herhangi bir DEHB tedavisi kullanmamış olması

3. Anne-baba ve çocuğun çalışmaya katılmayı kabul etmiş olması

4. 1 mart 2020 – 1 ağustos 2020 tarihleri arasında başvurmuş olması

#### 3.1.2.Çalışmadan Dışlanma Kriterleri:

1. 8 yaş altı ve 12 yaş üstü olması (8 yaş ve 12 yaş hariç)

2. DEHB tanısı olan hastalarda karşıt olma karşı gelme bozukluğu dışında herhangi bir komorbid psikiyatrik bozukluğunun olması

3. DEHB'ye komorbid tıbbi/organik hastalıkların olması

4. Anne-baba ve/veya çocuğun çalışmaya katılmayı kabul etmemiş olması

5. DEHB tanısı olup son 3 ay içerisinde düzenli veya düzensiz ilaç tedavisi kullanmış olması

6. 1 mart 2020 – 1 ağustos 2020 tarihleri dışında başvurmuş olması

### **3.2.Yöntem**

Araştırmanın dâhil edilme ve hariç tutulma kriterlerine göre çalışmada yer alan çocuk ve ailelerin sosyodemografik bilgilerini ve BOB ile ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla tarafımızca oluşturulan “40 soruluk” sosyodemografik veri formu kullanılmış ve ailenin sosyoekonomik-sosyokültürel düzeyini belirlemek amacıyla Hollingshead-Redlich ölçeği araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Çocukların BOB’u belirlemek için Çocuklar İçin Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeği, internet tutumuna göre aile tipini belirlemek için Aile İnternet Tutum Ölçeği, bağlanma stilleri için Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği ve Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II-Orta Çocukluk Dönemi Ölçeği çocuklar tarafından doldurulmuştur. DEHB şiddeti için Turgay DSM-IV Kökenli Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirti Tarama Ölçeği aileler tarafından doldurulmuştur.

### **3.3.Gereçler**

#### **3.3.1.Sosyodemografik Veri Formu**

Çocuklar için yaş, eğitim düzeyi, kardeş sayısı, yürüme-konuşma-tuvalet eğitimi zamanı, doğum seyri ve komplikasyonları, fiziksel hastalıkları, ders başarısı, bilgisayar oyunlarını oynadığı yer, kaç yıldır oyun oynadığı, hangi tür oyunlar oynadığı, kaç saat oynadığı, çevrim içi oyun oynama durumu, oyun için karakter alımı, kendine ait tablet-bilgisayarı varlığı, internet kullanımı ile ilgi süre sınırları, ebeveynler için yaş, ruhsal ve fiziksel hastalık, ailenin yapısı ve durumu, ebeveynlerin günlük internet kullanım süreleri, bilgisayar oyunu oynama süreleri, interneti en sık hangi durumlar için kullandıklarını değerlendiren bir görüşme formudur (EK-1).

#### **3.3.2. Çocuklar İçin Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeği (ÇBOBÖ)**

Horzum ve ark. tarafından 2008 yılında geliştirilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. “Bilgisayar oyunu oynamayı bırakamama”, “Oyunu hayatla ilişkilendirme”, “Oyundan dolayı görevleri aksatma” ve “Oyunu başka etkinliklere tercih etme” olarak dört faktörlü bir yapıya sahiptir. 5’li likert tipinde olan ölçek, 21 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçekte katılımcılardan “hiç katılmıyorum”, “katılmıyorum”, “kararsızım”, “katılıyorum”, “tamamen katılıyorum” seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmiştir. Bu seçeneklere sırasıyla 1,2,3,4 ve 5 puan olup, en düşük puan 21, en yüksek puan ise 105’ tir. Toplamda 26-77 arası puan alanlar “riskli grup”, 78 ve üzerinde puan alanlar “bilgisayar oyunu

bağımlısı” olarak tanımlanmıştır. Toplam puanın artması, çocuğun bilgisayar oyun bağımlılığı düzeyinin arttığını göstermektedir Cronbach Alfa iç tutarlık kat sayısı .85 olarak bulunmuştur<sup>5</sup> (EK-2).

### **3.3.3.Kerns Güvenli Bağlama Ölçeği**

Kerns ve ark. tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması 2009’da Sümer ve ark. tarafından yapılmıştır<sup>288, 289</sup>. 15 maddeden oluşan ölçek orta çocukluk ve ergenlik öncesi dönemindeki çocukların ebeveynlere karşı duyduğu güvenli bağlanma düzeyini ölçmek için kullanılmaktadır. Ölçekte her madde için zıt yönlü iki ifade mevcuttur (“Bazı çocuklar... ama Bazı çocuklar...”). Katılımcılardan, öncelikle “AMA” yazan kutunun hemen sağında ve solunda tarif edilen iki çocuk tipinden hangisine daha çok benzediğini seçip daha sonra da seçtiği tarafa giderek tarif edilen çocuğa ne kadar benzediğini belirtmesi istenmektedir. Ölçek, çocukların bağlanma figürlerinin “duyarlı ve ulaşılabilir olacaklarına ne oranda güvendiklerini”, “stres altında iken bağlanma figürlerine güvenme eğilimlerini” ve “bağlanma figürleri ile iletişim kurma kolaylığını ve isteklilik düzeylerini” ölçmeyi hedefler. Ters yönde yazılmış yedi madde yeniden kodlandıktan sonra ölçek toplam 15-60 arasında değişen puan üzerinden ya da madde sayısına bölünerek 1-4 puan arasında değişen ortalama değerler üzerinden değerlendirilebilir. Yüksek puanlar ebeveyne karşı güvenli bağlanmayı göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliğinin yapıldığı makalede anne formu için Cronbach alfa güvenilirlik kat sayısı .84, orjinal makalesinde ise .79 olarak bildirilmiştir (EK-3).

### **3.3.4.Yakın ilişkilerde Yaşantılar Envanteri II- Orta Çocukluk Ölçeği**

Brenning ve ark. tarafından geliştirilmiş ve Kırimer ve ark. tarafından (2014) Türkçeye uyarlamıştır<sup>290, 291</sup>. Ölçek 7-13 yaş aralığındaki orta çocukluk ve ergenlik dönemine uygun olup orta çocukluk döneminde ebeveynlere bağlanma boyutlarını ölçmektedir. Toplam 36 maddeden oluşan ölçek, kaygı ve kaçınma boyutu olan 2 faktörlü bir yapıdadır. Bu boyutlar 18’er madde ile ölçülmektedir. Ölçeğin derecelendirilmesi 1 (hiç katılmıyorum) ile 7 (tamamen katılıyorum) puan aralığında olup alınan yüksek puanlar anneye yüksek kaygılı ve/veya kaçınan bağlanmayı tanımlamaktadır. Ölçeğin orijinal makalesinde kaygılı bağlanma boyutunun alfa iç tutarlık katsayısı .83, uyarlama çalışmasında .90; kaçınan

bağlanma boyutunun orijinal makalesinde alfa iç tutarlık katsayısı .85, uyarlanmış makalede ise .78 olarak rapor edilmiştir (EK-4).

### **3.3.5.Turgay DSM-IV Kökenli Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirti Tarama Ölçeği**

DSM-IV ölçütlerine göre Turgay tarafından 1994 yılında geliştirilen ölçek, dikkat eksikliğini sorgulayan 9, hiperaktiviteyi sorgulayan 6, dürtüsellliği sorgulayan 3, karşıt olma karşıt gelme bozukluğunu sorgulayan 8 ve davranım bozukluğunu sorgulayan 15 maddeden oluşmaktadır<sup>292</sup>. DSM-IV ölçütlerinin anlamını değiştirmeden soru şekline adapte edilmesi şeklinde geliştirilmiştir. Ercan ve ark. tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır<sup>293</sup>. Her maddede sorun yok “0”, biraz “1”, fazla “2”, çok fazla “3” şeklinde puanlanmaktadır. Karşılana ölçüt sayısı ve bölümden alınan toplam puan, her bölüm ve toplam test için ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Yüksek puanlar artmış belirti düzeyini göstermektedir (EK-5).

### **3.3.6.Aile İnternet Tutum Ölçeği**

Van Rooij ve Van Den Eijden tarafından ailelerin, internet kullanımları konusunda çocuklarına karşı tutumlarını incelemek amacıyla geliştirilmiştir. Orijinali Felemenkçe olup, Valcke ve ark. tarafından İngilizceye çevrilmiştir<sup>294</sup>. Türkçeye uyarlanması ve geçerlik güvenilirlik çalışması Ayas ve ark. tarafından yapılmıştır. <sup>295</sup> 1’den 5’e kadar puanlanan beşli likert tipi sorulardan oluşmaktadır. 3’ün altında olanlar “düşük”, diğerleri “yüksek” şeklinde değerlendirilmektedir. 25 madde içeren iki faktöre sahiptir. Ölçeğin aile kontrolü faktörü 11 ve aile yakınlığı faktörü 14 maddedir. Düşük/yüksek aile kontrolü ve düşük/yüksek aile yakınlığı olmak üzere 2x2’lik bir yapı oluşmaktadır. Düşük aile kontrolü ve yakınlığı internet kullanımı ile ilgili “ihmalkâr aile tutumunu”, yüksek aile kontrolü ve düşük aile yakınlığı internet kullanımı ile ilgili “otoriter aile tutumunu”, düşük aile kontrolü ve yüksek aile yakınlığı internet kullanımı ile ilgili “müsamahakâr aile tutumunu”, yüksek aile kontrolü ve yakınlığı internet kullanımı ile ilgili “demokratik aile tutumunu” işaret etmektedir. Uyarlanan 25 maddelik ölçeğin toplamının Cronbach Alfa değeri .94, “Aile kontrolü” faktörü için .86, “Aile Yakınlığı” faktörü içinse .92 olarak bulunmuştur<sup>295</sup> (EK-6).

### 3.3.7.Hollingshead-Redlich Ölçeği

Sosyal sınıf ve ruhsal hastalıklar arasında ilişki olduğu, bu ilişkinin çalışmalarda kullanılmasının yararlı olacağı düşüncesi ile oluşturulmuştur<sup>296</sup>. Andreasen tarafından “Comprehensive assessment of symptoms and history” kitabında 1987 yılında kullanılan ölçek Tiryaki tarafından Türkçe'ye çevrilerek kullanılmıştır<sup>297</sup>. Ölçekte anne ve babanın meslek ve eğitim durumları temel alınarak, belirli bir süre için erişilmiş en üst düzey ölçülmektedir. Beş ayrı sosyoekonomik-sosyokültürel düzey tarif edilmiştir. En yüksek sosyoekonomik düzey 1 olurken en düşük olan ise 5 olarak belirtilmiştir<sup>297</sup> (EK-7).

### 3.4. İstatistiksel Analiz

Veriler, Sosyal Bilimler İçin Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences-SPSS for IBM, 20.0) kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, medyan, minimum-maksimum) kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi, gerekli yerlerde Fisher'in kesin ki-kare testi, Fisher freman halton testi kullanılmıştır. Sayısal verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Shapiro-Wilk testi) incelenmiştir. İki kategori arasında sayısal verilerin karşılaştırılmasında, dağılım özelliğine göre normal dağılan veriler için gruplar arası bağımsız t-testi, dağılımı normal olmayan sayısal veriler için Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. İki'den çok kategori arasında sayısal verilerin karşılaştırılmasında, dağılım özelliğine göre normal dağılan veriler için One-way Anova, dağılımı normal olmayan sayısal veriler için Kruskal-Wallis H Testi kullanılmıştır. Kullanılan teste göre; anlamlılığın kaynağını tespit etmek için uygun Post-Hoc testler kullanılmıştır. Normal dağılan sayısal değişkenler arasındaki ilişki Pearson bağıntı katsayısı ve normal dağılmayan sayısal değişkenler arasındaki ilişki ise Spearman sıra bağıntı katsayısı kullanılarak incelenmiştir. Tek değişkenli puanı ile anlamlı ilişki saptanan değişkenler ve anlamlı olmadığı halde klinik olarak önemli olan değişkenlerle binary regresyon analizi yapılmıştır. Tüm analizler için anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

## 4.BULGULAR

### 4.1.Tanımlayıcı Bulgular

#### 4.1.1.Olguların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışma örneklemini oluşturan 175 olgunun %69,7'si (n=122) erkek, %30,3'ü (n=53) kızdı. Örneklemdaki erkek/kız oranı 2,3/1 idi ( $p < 0,001$ ) (Tablo 5). Örneklemdaki tüm olguların ortalama yaşı  $10,18 \pm 1,43$  yıl iken kızların ortalama yaşı  $10,36 \pm 1,48$  yılı ve erkeklerin ortalama yaşından ( $10,10 \pm 1,4$  yıl) istatistiksel olarak farklı değildi ( $p=0,27$ ).

**Tablo 5.** Cinsiyet dağılımı.

| Cinsiyet | n ( 175 ) | %    | p    |
|----------|-----------|------|------|
| Kız      | 53        | 30,3 | ,001 |
| Erkek    | 122       | 69,7 |      |

n=sayı  $p < 0.05$  Anlamlıdır

Olguların %92,6'sının (n=162) şehirde yaşadığı görülmüştür. Olguların akademik başarıları incelendiğinde %40'ının (n=70) akademik başarısının iyi düzeyde olduğu, %14,3'ünün (n=25) ise kötü düzeyde olduğu görüldü (Tablo 6). Olguların %2,3'ünün (n=4) hiç arkadaşı yoktu, %32,6'sının (n=57) ise az sayıda arkadaşı vardı. Olguların sadece %52'sinin (n=91) ise düzenli bir hobisi vardı. Hobilerinin ne olduğuna baktığımızda, %17,3'ünün (n=18) müzik, %16,3'ünün (n=17) sanat, %66,3'ünün (n=69) spor ile ilgilendiği görüldü (Tablo 6).

**Tablo 6.** Olguların Sosyodemografik Özellikleri.

|                     |                   | n ( 175 ) | %    |
|---------------------|-------------------|-----------|------|
| Yaşadığı Yer        | Şehir             | 162       | 92,6 |
|                     | Köy/kasaba        | 13        | 7,4  |
| Doğum Komplikasyonu | Yok               | 169       | 96,6 |
|                     | Var               | 6         | 3,4  |
| Gebelikte Sorun     | Normal            | 164       | 93,7 |
|                     | Düşük Tehdidi     | 8         | 4,6  |
|                     | Sistemik Hastalık | 2         | 1,1  |
|                     | Anemi             | 1         | 0,6  |
| Akademik Başarı     | İyi               | 70        | 40,0 |
|                     | Kötü              | 25        | 14,3 |
|                     | Orta              | 80        | 45,7 |
| Akran İlişkisi      | Yalnız            | 4         | 2,3  |
|                     | 2-3 Arkadaşı Var  | 57        | 32,6 |
|                     | Çok Arkadaşı Var  | 114       | 65,1 |
| Düzenli Hobiler     | Yok               | 84        | 48,0 |
|                     | Var               | 91        | 52,0 |

n=sayı

#### 4.1.2.Ebeveynlerin Tıbbi ve Psikiyatrik Geçmişi

Anne- babanın organik ve ruhsal hastalıkları, ruhsal hastalıklarının ne olduğu, babanın alkol kullanım durumu Tablo 7’de gösterilmiştir.

**Tablo 7.** Ebeveyn tıbbi ve psikiyatrik geçmişi.

|  |               | n ( 175) | %    |
|--|---------------|----------|------|
| <b>Annede organik hastalık varlığı</b> | Yok           | 153      | 87,4 |
|  | Var           | 22       | 12,6 |
| <b>Anne de ruhsal hastalık varlığı</b> | Yok           | 164      | 93,7 |
|  | Var           | 11       | 6,3  |
| <b>Anne de ruhsal hastalık ne</b>      | Nöroz         | 11       | 6,3  |
|  | Normal        | 164      | 93,7 |
| <b>Babada organik hastalık varlığı</b> | Yok           | 160      | 91,4 |
|  | Var           | 15       | 8,6  |
| <b>Babada ruhsal hastalık varlığı</b>  | Yok           | 168      | 96,0 |
|  | Var           | 7        | 4,0  |
| <b>Baba ruhsal hastalık ne</b>         | Nöroz         | 5        | 2,9  |
|  | Psikoz        | 1        | 0,6  |
|  | Zeka geriliği | 1        | 0,6  |
|  | Normal        | 168      | 96,0 |
| <b>Baba da alkol kullanımı</b>         | Yok           | 147      | 84,0 |
|  | Var           | 28       | 16,0 |

n=sayı

#### 4.1.3.Ailesel Özelliklere İlişkin Bulgular

En sık görülen aile tipi çekirdek aile idi (n=151, %86,3). Olguların %91,4 ‘ünün anne ve babası birlikte (N=160) yaşıyordu. Ailelerin %28,6 ‘sını “yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında eğitilmiş anne-babalar” (N=50) oluşturmaktaydı. En sık görülen gelir düzeyi asgari ücret ve yoksulluk sınırı idi (n=100, %57,1) (Tablo 8).

**Tablo 8.** Aile yapısı ve özellikleri.

|  |  | n   | %    |
|--|--|-----|------|
| <b>Aile yapısı</b>                                       | Çekirdek aile  | 151 | 86,3 |
|  | Geniş aile   | 11  | 6,3  |
|  | Tek ebeveyn  | 12  | 6,9  |
|  | Diğer  | 1   | 0,6  |
| <b>Medeni durum</b>                                      | Anne baba birlikte   | 160 | 91,4 |
|  | Anne baba ayrı   | 11  | 6,3  |
|  | Parçalanmış  | 4   | 2,3  |
| <b>Hollingshead-Redlich sosyodemografik düzey ölçeği</b> | Varlıklı, eğitilmiş toplumsal katmanda aile                                  | 1   | 0,6  |
|  | Üniversite eğitimi almış, meslek sahibi ya da yüksek idari konumda anne-baba | 39  | 22,3 |
|  | Küçük iş adamı, beyaz yakalı ya da vasıflı işçi, lise mezunu anne-baba       | 44  | 25,1 |
|  | Yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında eğitilmiş anne-baba                | 50  | 28,6 |
|  | Yarı vasıflı işçi, eğitimsiz, ilköğretim düzeyinde eğitilmiş anne-baba       | 38  | 21,7 |
| Bilinmeyen   | 3  | 1,7 |      |
| <b>Ailenin maddi durumu</b>                              | Asgari ücret ve altı   | 35  | 20,0 |
|  | Asgari ücret yoksulluk sınırı  | 100 | 57,1 |
|  | Yoksulluk sınırı üstü  | 40  | 22,9 |

n=sayı

#### 4.1.4. Bilgisayar ve İnternet Kullanımına İlişkin Bulgular

Çalışmada yer alan olguların ortalama bilgisayar sahibi olma yaşı  $8,5 \pm 2,32$  yıl, telefon sahibi olma yaşı  $9,75 \pm 1,83$  yıl, ve tablet sahibi olma yaşı  $7,73 \pm 1,91$  yıl idi. Olguların %89,1'inde (n=156) 1 yıldan uzun süredir, yarısından fazlasında ise (n=100, %57,1) 3 yıldan uzun süredir evinde internet olduğu görüldü.

Olguların bilgisayar/telefon/tablete sahip olma frekans ve yüzdeleri Tablo 9'da paylaşılmıştır.

**Tablo 9.** Evde bilgisayar varlığı ve çocuğun kendine ait bilgisayar/telefon/tablet varlığı.

|                                    |     | n ( 175) | %    |
|------------------------------------|-----|----------|------|
| <b>Evinizde bilgisayar varlığı</b> | Yok | 43       | 24,6 |
|                                    | Var | 132      | 75,4 |
| <b>Kendine ait bilgisayar</b>      | Yok | 137      | 78,3 |
|                                    | Var | 38       | 21,7 |
| <b>Kendine ait telefon</b>         | Yok | 120      | 68,6 |
|                                    | Var | 55       | 31,4 |
| <b>Kendine ait tablet</b>          | Yok | 92       | 52,6 |
|                                    | Var | 83       | 47,4 |

n=sayı

Olguların %38,9 (n=68) gibi yüksek bir oran ile dijital aletler ve interneti oyun oynamak amacıyla kullanıyordu. En az tercih nedeni %5,1 (n=9) oranı ile iletişim amaçlı idi. Diğer kullanım amaçları Tablo 10'da gösterilmiştir.

**Tablo 10.** Bilgisayar /tablet /akıllı telefon ve internetin kullanım amacı.

| <b>Bilgisayar /tablet /akıllı telefon ve internetin kullanım amacı</b>                   | <b>n (175)</b> | <b>%</b> |
|--|----------------|----------|
| Video izlemek, müzik dinlemek, film/dizi seyretmek ya da amaçsızca dolaşmak için.        | 45             | 25,7     |
| Sosyal paylaşım siteleri (Facebook, Twitter, Instagram, Youtube vb.) ve E-posta (e-mail) | 30             | 17,1     |
| Ders çalışmak veya bilgi edinmek için  | 23             | 13,1     |
| Oyun oynamak için  | 68             | 38,9     |
| İletişim amacıyla mesajlaşmak (sms, whatsapp, line, kakao, viber, tictoc, skype...)      | 9              | 5,1      |

n=sayı

Olguların %64,6'sı (n=113) evde sınırsızca internet kullanabilmektedir. (Tablo 11)

**Tablo 11.** Evde internet kullanım kuralı.

| <b>İnternet kullanım kuralları</b> | <b>n ( 175)</b> | <b>%</b> |
|------------------------------------|-----------------|----------|
| Günlük 1 Saatten Az                | 23              | 13,1     |
| Günlük 1-2 Saat                    | 30              | 17,1     |
| Günlük 3-5 Saat                    | 9               | 5,1      |
| Sınır Yok                          | 113             | 64,6     |

n=sayı

#### 4.1.5.Ebeveynlerin İnternet Kullanım ve Dijital Oyun Oynama Süreleri

Annelerin %24'ü 2 saatten fazla internet, % 2,3'ü 2 saatten fazla dijital oyun oynarken bu oran babalarda sırasıyla %37,7 ve %9,7 olup babalar daha fazla internet ve dijital oyun ile vakit geçiriyordu (Tablo 12).

**Tablo 12.** Ebeveynlerin internet kullanım ve dijital oyun oynama süreleri.

|                             |                 | n (175) | %    |
|-----------------------------|-----------------|---------|------|
| <b>Anne internet süresi</b> | 2 saatten az    | 133     | 76,0 |
|                             | 2 saatten fazla | 42      | 24,0 |
| <b>Baba internet süresi</b> | 2 saatten az    | 109     | 62,3 |
|                             | 2 saatten fazla | 66      | 37,7 |
| <b>Anne oyun süresi</b>     | 2 saatten az    | 171     | 97,7 |
|                             | 2 saatten fazla | 4       | 2,3  |
| <b>Baba oyun süresi</b>     | 2 saatten az    | 158     | 90,3 |
|                             | 2 saatten fazla | 17      | 9,7  |

n= sayı

#### 4.1.6.Bilgisayar Oyunu Oynama Durumu ve Özellikleri

Çalışmada yer alan olguların sadece %3,4'ünün (n=6) ise bilgisayar oyunları oynamadığı belirlendi. Olguların yaklaşık yarısı 2 yıldan fazla süredir bilgisayar oyunları oynarken % 43,4'ü günlük 1-2 saat bilgisayar oyunu oynamaktaydı. %52,1'ine (n=88) aileleri tarafından süre sınırı koyulmaktayken diğer yarısına da süre sınırı konulmamıştı (Tablo 13).

Olguların %59,2'si (n=100) çevrimiçi oyunlar oynarken %4,7'si (n=8) kredi kartı ile bilgisayar oyunları için karakter, altın, para vb. sanal ürünler satın almaktaydı (Tablo 13). Olguların %54,9'unun (n=96) ailesinde bilgisayar oyunları oynayan en az bir aile bireyi vardı ve çoğunlukla (%61) bu kişi olgunun kardeşiydi (Tablo 13).

Olguların %43'ünün (n=105) öğle ve sonrasında bilgisayar oyunu oynamayı tercih ettiği, bunu ikinci sıklıkla akşam saatlerinin takip ettiği saptandı. Olguların büyük bir kısmı interneti (n=166, %83) kendi evinde oynamayı tercih etmekteydi (Tablo 13).

Olguların daha çok aksiyon (%24,8), macera (%12,8), nişan (%14,1) ve yarış oyunları (%13,3) gibi heyecan verici, hareketli ve eğlenceli oyunları tercih ettikleri görülmüştür. Diğer oyunların tercih edilme sıklığı Tablo 13 'de gösterilmiştir.

**Tablo 13.** Bilgisayar oyunu oynama durumu ve özellikleri.

|  |                                    | n<br>(175)  | %     |
|--|------------------------------------|-------------|-------|
| <b>Bilgisayar oyunu oynama durumu</b>  | Var                                | 169         | 96,6  |
|  | Yok                                | 6           | 3,4   |
| <b>Ailenizde bilgisayar oyunu oynayan kişilerin varlığı</b>                      | Evet                               | 96          | 54,9  |
|  | Hayır                              | 79          | 45,1  |
|  |                                    | n<br>(169)* | %     |
| <b>Yıl olarak bilgisayar oyunu oynama süresi</b>                                 | 1 yıldan az                        | 41          | 24,3  |
|  | 1-2 yıl                            | 42          | 24,9  |
|  | 2 yıldan fazla                     | 86          | 50,9  |
| <b>Günlük bilgisayar oyunu oynama süresi</b>                                     | 1 saatten az                       | 45          | 25,7  |
|  | 1-2 saat                           | 76          | 43,4  |
|  | 2-3 saat                           | 19          | 10,9  |
|  | 3 saatten fazla                    | 29          | 16,6  |
| <b>Bilgisayar oyunu oynamaya sınır koyma durumu</b>                              | Evet                               | 88          | 52,1  |
|  | Hayır                              | 81          | 47,9  |
| <b>Çevrim içi oyun oynama</b>  | Evet                               | 100         | 59,2  |
|  | Hayır                              | 69          | 40,8  |
| <b>Bilgisayar oyunu için karakter, altın, para vb. Kredi kartıyla satın alma</b> | Evet                               | 8           | 4,7   |
|  | Hayır                              | 161         | 95,3  |
|  |                                    | n**         | %**   |
| <b>Bilgisayar oynayan diğer kişiler</b>  | Anne                               | 14          | 11,4% |
|  | Baba                               | 34          | 27,6% |
|  | Kardeş                             | 75          | 61,0% |
| <b>Gün içerisinde oyun oynanan zaman dilim</b>                                   | Sabah                              | 42          | 17,2% |
|  | Öğle ve öğleden sonra              | 105         | 43,0% |
|  | Akşam                              | 86          | 35,2% |
|  | Gece                               | 11          | 4,5%  |
| <b>Oyun oynanan yer</b>  | Ev                                 | 166         | 83,0% |
|  | İnternet kafe                      | 11          | 5,5%  |
|  | Diğer(arkadaş, komşu, akraba, vb.) | 23          | 11,5% |
| <b>Oynanan oyun türleri</b>  | Aksiyon                            | 93          | 24,8% |
|  | Macera                             | 48          | 12,8% |
|  | Spor                               | 16          | 4,3%  |
|  | Eğitim                             | 27          | 7,2%  |
|  | Strateji                           | 25          | 6,7%  |
|  | Puzzle                             | 21          | 5,6%  |
|  | Nişancı                            | 53          | 14,1% |
|  | Yarış oyunları                     | 50          | 13,3% |
|  | Simülasyon                         | 26          | 6,9%  |
|  | Rol yapma                          | 15          | 4,0%  |
| Diğer  | 1                                  | 0,3%        |       |

n= sayı, \*: 6 hasta bilgisayar oyunu oynamadığı için 169 kişi üzerinden değerlendirilmiştir \*\*: yanıtlar çoktan seçmeli olup yanıt sayısı ve yüzdesi verilmiş olup toplam değerler bu nedenden ötürü belirtilmemiştir.

#### 4.1.7.Aile İnternet Tutum Ölçeğine Göre Aile Tipi

Aile internet tutum ölçeğine göre aile tiplerini sınıflandırdığımızda en sık görülen aile tipleri demokrat (n=72, %41,1) ve ihmalkâr aile (n= 59, %33.7) idi (Tablo 14).

**Tablo 14.** Aile internet tutum ölçeğine göre aile tipi.

|             | n(175) | %    |
|-------------|--------|------|
| İhmalkâr    | 59     | 33,7 |
| Otoriter    | 2      | 1,1  |
| Müsamahakâr | 42     | 24,0 |
| Demokrat    | 72     | 41,1 |

n= sayı

#### 4.1.8.Bağlanma Tipine İlişkin Bulgular

Olguların YİYE alt ölçeğinden alınan toplam puanların median değeri kesme noktası kabul edilip o değer altı olanlar düşük puan, o değer üstü olanlar yüksek olarak kabul edildi. Her iki alt boyuttan düşük olanlar güvenli; her ikisi yüksekse korkulu kaçınan; kaygı düşük, kaçınma yüksek ise kaçınan; kaygı yüksek, kaçınma düşük ise kaygılı bağlanma olarak gruplandırıldı. Olguların annelerine bağlanma tiplerine yönelik incelemeler sonucunda %36,6'sının (n=64) annelerine güvenli, %31,4'ünün (n=55) korkulu-kaçınan, %17,1'inin (n=30) kaygılı, %14,9'unun (n=26) ise kaçınan tipte bağlandığı belirlendi. Tablo 15 'de gösterilmiştir.

**Tablo 15.** YİYE ölçeğine göre bağlanma tipleri.

| Bağlanma tipi   | n ( 175) | %    |
|-----------------|----------|------|
| Güvenli         | 64       | 36,6 |
| Korkulu-Kaçınan | 55       | 31,4 |
| Kaygılı         | 30       | 17,1 |
| Kaçınan         | 26       | 14,9 |

n=sayı, YİYE: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II Orta Çocukluk Ölçeği

#### 4.2.Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Durumu Özellikleri

##### 4.2.1.Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Durumu ile Sosyodemografik Özellikler

Olguların %11,4 'ü (n=20) bilgisayar oyun bağımlısı, % 79,4'ü (n=139) ise BOB açısından riskli idi. Erkeklerin oyun bağımlılığı oranı kızlardan anlamlı düzeyde daha yüksek idi (n= 19, %15.6;n=1, %1.9). Kızların oyun bağımlısı olmama oranı erkeklere göre anlamlı olarak daha fazla idi ( n= 11, % 20,8; n= 5, %4,1 p<0.001) (Tablo 16 ).

**Tablo 16.** Bilgisayar oyun bağımlılığı durumun cinsiyet ile ilişkisi.

|            | <b>Kız</b><br><b>n=53 (%)</b> | <b>Erkek</b><br><b>n=122</b> | <b>p</b>    |
|------------|-------------------------------|------------------------------|-------------|
| BOB-YOK    | 11 <sup>a</sup> (20,8)        | 5 <sup>b</sup> (4,1)         | <b>,000</b> |
| BOB-RİSKLİ | 41 (77,4)                     | 98 (80,3)                    |             |
| BOB-VAR    | 1 <sup>a</sup> (1,9)          | 19 <sup>b</sup> (15,6)       |             |

BOB-YOK: Bilgisayar oyun bağımlılığı yok – BOB- RİSKLİ: Bilgisayar oyun bağımlılığı riski- BOB- VAR: Bilgisayar oyun bağımlılığı var, P<0.05 anlamlıdır. Farklılığın kaynaklandığı sütun değerleri farklı harflerdeki üst imgelerle (a & b) gösterilmiştir.

BOB durumu ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı (Tablo 17).

**Tablo 17.** Bilgisayar oyun bağımlılığı durumunun eğitim durumu ile ilişkisi.

|            | <b>İlkokul</b><br><b>n=71(%)</b> | <b>Ortaokul</b><br><b>n=104(%)</b> | <b>p</b> |
|------------|----------------------------------|------------------------------------|----------|
| BOB- YOK   | 5 (7,0)                          | 11 (10,6)                          | 0,687    |
| BOB-RİSKLİ | 57 (80,3)                        | 82 (78,8)                          |          |
| BOB-VAR    | 9 (12,7)                         | 11 (10,6)                          |          |

BOB-YOK: Bilgisayar oyun bağımlılığı yok – BOB- RİSKLİ: Bilgisayar oyun bağımlılığı riski- BOB- VAR: Bilgisayar oyun bağımlılığı var P<0.05 anlamlıdır.

BOB durumunun yaş ile ilişkisi Tablo 18’de gösterilmiştir.

**Tablo 18.** Bilgisayar oyun bağımlılığı durumunun yaş ile ilişkisi.

|            | <b>ortalama</b> | <b>ss</b> | <b>p</b> |
|------------|-----------------|-----------|----------|
| BOB- YOK   | 10,19           | 1,51      | 0,843    |
| BOB-RİSKLİ | 10,20           | 1,44      |          |
| BOB-VAR    | 10,00           | 1,37      |          |

BOB-YOK: Bilgisayar oyun bağımlılığı yok – BOB- RİSKLİ: Bilgisayar oyun bağımlılığı riski- BOB- VAR: Bilgisayar oyun bağımlılığı var P<0.05 anlamlıdır.

BOB ile yaşanan yer ilişkisinde anlamlı bir fark bulunamadı (p=0.495). Tablo 19’da gösterilmiştir.

Çocuğun akademik başarısı ile BOB durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 20).

**Tablo 19.** Oyun bağımlılığı durumun yaşanan yer ile ilişkisi.

|              | <b>Şehir</b><br><b>n=162 (%)</b> | <b>Köy veya kasaba</b><br><b>n=13 (%)</b> | <b>p</b>     |
|--------------|----------------------------------|---|--------------|
| BOB- YOK     | 15 (9,3)                         | 1 (7,7)                                   | <b>,495*</b> |
| BOB – RİSKLİ | 127 (78,4 )                      | 12 (92,3)                                 |              |
| BOB-VAR      | 20 (12,3 )                       | 0 (0,0)                                   |              |

BOB-YOK: Bilgisayar oyun bağımlılığı yok – BOB- RİSKLİ: Bilgisayar oyun bağımlılığı riski- BOB- VAR: Bilgisayar oyun bağımlılığı var, P<0.05 anlamlıdır. \*fisher freeman halton

**Tablo 20.** Bilgisayar oyun bağımlılığı durumunun çocuğun akademik başarısı ile ilişkisi.

|             | İyi<br>n=70 (%) | Kötü<br>n=25 (%) | Orta<br>n= 80(%) | p     |
|-------------|-----------------|------------------|------------------|-------|
| BOB- YOK    | 10 (14,3 )      | 1 (4,0 )         | 5 (6,3 )         | ,264* |
| BOB- RİSKLİ | 55 (78,6 )      | 20 (80,0 )       | 64 (80,0 )       |       |
| BOB- VAR    | 5 (7,1 )        | 4 ( 16,0 )       | 11 (13,8)        |       |

BOB-YOK: Bilgisayar oyun bağımlılığı yok – BOB- RİSKLİ: Bilgisayar oyun bağımlılığı riski- BOB- VAR: Bilgisayar oyun bağımlılığı var P<0.05 anlamlıdır. \*fisher freeman halton

BOB durumu ile çocuğun düzenli ilgilendiği hobiler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (Tablo 21 ).

**Tablo 21.** Bilgisayar oyun bağımlılığı durumunun çocuğun düzenli ilgilendiği hobilerle ilişkisi.

|            | Yok<br>n=84 (%) | Var<br>n=91 (%) | p    |
|------------|-----------------|-----------------|------|
| BOB-YOK    | 11 (13,1 )      | 5 (5,5 )        | ,088 |
| BOB-RİSKLİ | 61 (72,6 )      | 78 (85,7 )      |      |
| BOB-VAR    | 12 (14,3 )      | 8 (8,8 )        |      |

BOB-YOK: Bilgisayar oyun bağımlılığı yok, BOB- RİSKLİ: Bilgisayar oyun bağımlılığı riski- BOB- VAR: Bilgisayar oyun bağımlılığı var P<0.05 anlamlıdır.

BOB ile çocuğun akran ilişkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (Tablo 22).

**Tablo 22.** Bilgisayar oyun bağımlılığı durumunun çocuğun akran ilişkileri ile ilişkisi.

|            | Yalnız<br>n=4 (%) | 2-3 arkadaşı var<br>n=57 (%) | Çok arkadaşı var<br>n=114 (%) | p     |
|------------|-------------------|------------------------------|-------------------------------|-------|
| BOB-YOK    | 0 (0,0 )          | 8 ( 14,0 )                   | 8 ( 7,0 )                     | 0.313 |
| BOB-RİSKLİ | 4 (100,0)         | 40 ( 70,2 )                  | 95 (83,3 )                    |       |
| BOB-VAR    | 0 (0,0)           | 9 ( 15,8)                    | 11 (9,6 )                     |       |

BOB-YOK: Bilgisayar oyun bağımlılığı yok – BOB- RİSKLİ: Bilgisayar oyun bağımlılığı riski- BOB- VAR: Bilgisayar oyun bağımlılığı var P<0.05 anlamlıdır.

#### 4.2.2.Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Durumu ile Ailesel Özellikler

Aile yapısı ve gelir durumu ile BOB arasında bakılan istatistiksel ilişkide anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 23, 24 ).

**Tablo 23.** Bilgisayar oyun bağımlılığı durumunun aile yapısı ile ilişkisi.

|            | çekirdek aile<br>n=164 (%) | geniş aile<br>n=11 (%) | p     |
|------------|----------------------------|------------------------|-------|
| BOB-YOK    | 14 (8,5)                   | 2 (18,2)               |       |
| BOB-RİSKLİ | 132 (80,5)                 | 7 (63,6)               | ,223* |
| BOB-VAR    | 18 (11,0)                  | 2 (18,2)               |       |

BOB-YOK: Bilgisayar oyun bağımlılığı yok – BOB- RİSKLİ: Bilgisayar oyun bağımlılığı riski- BOB- VAR: Bilgisayar oyun bağımlılığı var P<0.05 anlamlıdır. \*fisher freeman halton

**Tablo 24.** Bilgisayar oyun bağımlılığı durumunun gelir durumu ile ilişkisi.

|             | Asgari ücret ve |           | Asgari ücret     |      | p     |
|-------------|-----------------|-----------|------------------|------|-------|
|             | altı            | arası     | Yoksulluk sınırı | üstü |       |
|             | n=35 (%)        | n=100 (%) | n=40 (%)         |      |       |
| BOB-YOK     | 4 (11,4 )       | 6 (6,0)   | 6 (15,0)         |      | ,247* |
| BOB- RİSKLİ | 29 (82,9)       | 79 (79,0) | 31 (77,5 )       |      |       |
| BOB-VAR     | 2 (5,7 )        | 15 (15,0) | 3 (7,5 )         |      |       |

BOB-YOK: Bilgisayar oyun bağımlılığı yok – BOB- RİSKLİ: Bilgisayar oyun bağımlılığı riski- BOB- VAR: Bilgisayar oyun bağımlılığı var P<0.05 anlamlıdır. \*fisher freeman halton

#### 4.2.3. Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Durumu ile Bilgisayar ve İnternet Kullanımına İlişkin Bulgular

BOB ile internetin kullanım amacı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0.001). BOB olanlarda, bilgisayar / telefon / tablet ile interneti en sık kullanım amacı oyun oynamak (n= 20, %29,4) iken; BOB olmayanlarda ise en sık amaç ders çalışma ve bilgi edinme (n= 5, %21,7) idi. Tablo 25' de gösterilmiştir.

**Tablo 25.** Bilgisayar oyun bağımlılığı durumu ile bilgisayar/tablet/akıllı telefon ile internetin kullanım amacı arasında ilişki.

|            | 1                        | 2                        | 3                     | 4                      | 5                       | P     |
|------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|-------|
|            | n=45(%)                  | n=30 (%)                 | n=23(%)               | n=68(%)                | n= 9(%)                 |       |
| BOB-YOK    | 5 <sup>a, b</sup> (11,1) | 4 <sup>a, b</sup> (13,3) | 5 <sup>b</sup> (21,7) | 2 <sup>a</sup> (2,9)   | 0 <sup>a, b</sup> (0,0) | ,000* |
| BOB-RİSKLİ | 40(88,9)                 | 26(86,7)                 | 18(78,3)              | 46(67,6)               | 9(100,0)                |       |
| BOB-VAR    | 0 <sup>a</sup> (0,0)     | 0 <sup>a</sup> (0,0)     | 0 <sup>a</sup> (0,0)  | 20 <sup>b</sup> (29,4) | 0 <sup>a, b</sup> (0,0) |       |

1: Video izlemek, müzik dinlemek, film/dizi seyretmek ya da amaçsızca dolaşmak için, 2: Sosyal paylaşım siteleri(Face., Twitter, Inst., Youtube vb.) ve E-posta (e-mail), 3:Ders çalışmak veya bilgi edinmek için, 4: Oyun oynamak için, 5: İletişim amacıyla mesajlaşmak (sms, whatsapp, line, kakao, viber, tictoc, skype...), BOB-YOK: Bilgisayar oyun bağımlılığı yok – BOB- RİSKLİ: Bilgisayar oyun bağımlılığı riski- BOB- VAR: Bilgisayar oyun bağımlılığı var, P<0.05 anlamlıdır. Farklılığın kaynaklandığı sütun değerleri farklı harflerdeki üst imgelerle (a & b) gösterilmiştir \* fisher freeman halton

Evde bilgisayar bulunup bulunmaması, çocuğun kendine ait bilgisayar varlığı, çocuğun kendine ait telefon varlığı ile BOB arasında bakılan ilişkide istatistiksel fark bulunmadı. Tableti olan olguların oyun bağımlılığı oranı tableti olmayanlarından anlamlı olarak daha fazla idi. ( n= 15 , % 18,1, p= 0.032 ) (Tablo 26).

**Tablo 26.** Bilgisayar Oyun bağımlılığı durumu ile teknolojik alet varlığı arasında ilişki.

|                                       | Yok<br>n (%)           | Var<br>n (%)            | p     |
|---------------------------------------|------------------------|-------------------------|-------|
| <b>Evde bilgisayar varlığı</b>        | <b>n=43 (%)</b>        | <b>n= 132(%)</b>        |       |
| BOB-YOK                               | 6 (14,0 )              | 10 (7,6 )               |       |
| BOB-RİSKLİ                            | 32 (74,4 )             | 107 (81,1)              | ,383* |
| BOB-VAR                               | 5 (11,6 )              | 15 ( 11,4 )             |       |
| <b>Kendine ait bilgisayar varlığı</b> | <b>n= 143(%)</b>       | <b>n=38(%)</b>          |       |
| BOB-YOK                               | 13 (9,5)               | 3 (7,9 )                |       |
| BOB-RİSKLİ                            | 112 (81,8 )            | 27 (71,1 )              | ,126* |
| BOB-VAR                               | 12 (8,8 )              | 8 (21,1 )               |       |
| <b>Kendine ait telefon varlığı</b>    | <b>n=120(%)</b>        | <b>n=55(%)</b>          |       |
| BOB-YOK                               | 12 ( 10,0)             | 4 (7,3 )                |       |
| BOB-RİSKLİ                            | 92 (76,7 )             | 47 (85,5 )              | ,422* |
| BOB-VAR                               | 16 ( 13,3 )            | 4 ( 7,3 )               |       |
| <b>Kendine ait tablet varlığı</b>     | <b>n=92(%)</b>         | <b>n=83(%)</b>          |       |
| BOB-YOK                               | 9 (9,8 )               | 7 (8,4 )                |       |
| BOB-RİSKLİ                            | 78 (84,8 )             | 61 (73,5 )              | ,032  |
| BOB-VAR                               | 5 <sup>a</sup> ( 5,4 ) | 15 <sup>b</sup> (18,1 ) |       |

BOB-YOK: Bilgisayar oyun bağımlılığı yok – BOB- RİSKLİ: Bilgisayar oyun bağımlılığı riski- BOB- VAR: Bilgisayar oyun bağımlılığı var P<0.05 anlamlıdır. \*fisher freeman halton testi. Farklılığın kaynaklandığı sütun değerleri farklı harflerdeki üst imgelerle (a & b) gösterilmiştir

BOB durumu ile evde internet kullanım süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p=,709). Evde internet kullanım kuralı ile BOB arasında istatistiksel fark bulunmadı(p=0.372).

**Tablo 27.** Evde internet kullanım kuralı ile bilgisayar oyun bağımlılığı arasında ilişki.

|            | günlük 1 saatten az<br>n= (%)23 | günlük 1-2 saat<br>n=30 (%) | günlük 3-5 saat<br>n =9(%) | sınır yok<br>n =113 (%) | p     |
|------------|---------------------------------|-----------------------------|----------------------------|-------------------------|-------|
| BOB-YOK    | 3 (13,0)                        | 3 (10,0)                    | 1 (11,1)                   | 9 (8,0)                 | 0,372 |
| BOB-RİSKLİ | 20 (87,0)                       | 24 (80,0)                   | 8 (88,9)                   | 87 (77,0)               |       |
| BOB-VAR    | 0 (0,0)                         | 3 (10,0)                    | 0 (0,0)                    | 17 (15,0)               |       |

BOB-YOK: Bilgisayar oyun bağımlılığı yok – BOB- RİSKLİ: Bilgisayar oyun bağımlılığı riski- BOB- VAR: Bilgisayar oyun bağımlılığı var P<0.05 anlamlıdır. . Farklılığın kaynaklandığı sütun değerleri farklı harflerdeki üst imgelerle (a & b) gösterilmiştir

#### 4.2.4.Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Durumu ile Ebeveynlerin İnternet Kullanım-Dijital Oyun Oynama Süreleri ilişkisi

BOB durumu ile ebeveynlerin günlük internet kullanımı ve dijital oyun oynama süreleri arasındaki anlamlı bir farklılık yoktu (p=0,174, p=0,156, p=0,107, p=0,565) (Tablo 28).

**Tablo 28.** Bilgisayar oyun bağımlılığı durumu ile ebeveynlerin günlük internet kullanımı ve dijital oyun oynama süreleri arasındaki ilişki.

|                                      |            | 2 saatten az<br>n=175 (%) | 2 saatten fazla<br>n= 175(%) | p      |
|--------------------------------------|------------|---------------------------|------------------------------|--------|
| <b>Anne İnternet Kullanım Süresi</b> |            |                           |                              |        |
|                                      | BOB-YOK    | 9 (6,8)                   | 7 (16,7)                     | 0,174* |
|                                      | BOB-RİSKLİ | 108(81,2)                 | 31(73,8)                     |        |
|                                      | BOB-VAR    | 16(12,0)                  | 4(9,5)                       |        |
| <b>Baba İnternet Kullanım Süresi</b> |            |                           |                              |        |
|                                      | BOB-YOK    | 7(6,4)                    | 9(13,6)                      | 0,156  |
|                                      | BOB-RİSKLİ | 87(79,8)                  | 52(78,8)                     |        |
|                                      | BOB-VAR    | 15(13,8)                  | 5(7,6)                       |        |
| <b>Anne Oyun Oynama Süresi</b>       |            |                           |                              |        |
|                                      | BOB-YOK    | 16(9,4)                   | 0(0,0)                       | 0,107* |
|                                      | BOB-RİSKLİ | 137(80,1)                 | 2(50,0)                      |        |
|                                      | BOB-VAR    | 18(10,5)                  | 2(50,0)                      |        |
| <b>Baba Oyun Oynama Süresi</b>       |            |                           |                              |        |
|                                      | BOB-YOK    | 16(10,1)                  | 0(0,0)                       | 0,565* |
|                                      | BOB-RİSKLİ | 124(78,5)                 | 15(88,2)                     |        |
|                                      | BOB-VAR    | 18(11,4)                  | 2(11,8)                      |        |

BOB-YOK: Bilgisayar oyun bağımlılığı yok – BOB- RİSKLİ: Bilgisayar oyun bağımlılığı riski- BOB-VAR: Bilgisayar oyun bağımlılığı var P<0.05 anlamlıdır. \* fisher freeman halton

#### 4.2.5.Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Durumu İle Bilgisayar Oyunu Oynama Özellikleri

BOB olmayanların bir yıldan daha az süre bilgisayar oyunları oynadığı gözlemlendi (n=8,%19,5, p<0.001). İki yıldan fazla bilgisayar oynayanlarda oyun bağımlılığı varlığı (n= 15, % 75) olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

**Tablo 29.** Bilgisayar oyun bağımlılığı durumu ile bilgisayar oyun oynama süresi( yıl ) arasındaki ilişki.

|            | 1 yıldan az<br>n=41 (%) | 1-2 yıl<br>n=42 (%)     | 2 yıldan fazla<br>n= 86 (%) | p    |
|------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------|------|
| BOB-YOK    | 8 <sup>a</sup> (19,5)   | 2 <sup>a, b</sup> (4,8) | 0 <sup>b</sup> (0,0)        | ,000 |
| BOB-RİSKLİ | 32 (78,0)               | 36(85,7)                | 71(82,6)                    | *    |
| BOB-VAR    | 1 <sup>b</sup> (2,4)    | 4 <sup>a</sup> (9,5)    | 15 <sup>a</sup> (17,4)      |      |

BOB-YOK: Bilgisayar oyun bağımlılığı yok – BOB- RİSKLİ: Bilgisayar oyun bağımlılığı riski- BOB- VAR: Bilgisayar oyun bağımlılığı var P<0.05 anlamlıdır. Farklılığın kaynaklandığı sütun değerleri farklı harflerdeki üst imgelerle (a & b) gösterilmiştir \* fisher freeman halton

BOB durumu ile ailenin bilgisayar oyun oynamaya süre sınırı koyma arasında anlamlı ilişki çıkmıştır (p<0.001). Oyun bağımlılığı olanlarda ailelerin bilgisayar oynarken daha az süre sınırı koyduğu (n= 3, %3.4) gözlemlendi. Oyun

bağımlılığı riskli olan grupta ailelerinin istatistiksel olarak daha fazla sınır koyduğu gözlemlendi (n= 78, %88.6). Tablo 30' da gösterilmiştir.

**Tablo 30.** Bilgisayar oyun bağımlılığı durumu ile ailenin bilgisayar oyun oynamaya süre sınırı koyma ilişkisi.

|            | <b>Evet<br/>n= 88 (%)</b> | <b>Hayır<br/>n= 81 (%)</b> | <b>p</b>    |
|------------|---------------------------|----------------------------|-------------|
| BOB-YOK    | 7 (8,0)                   | 3 (3,7)                    | <b>,001</b> |
| BOB-RİSKLİ | 78 <sup>a</sup> (88,6)    | 61 <sup>b</sup> (5,3)      |             |
| BOB-VAR    | 3 <sup>a</sup> (3,4)      | 17 <sup>b</sup> (21,0)     |             |

BOB-YOK: Bilgisayar oyun bağımlılığı yok – BOB- RİSKLİ: Bilgisayar oyun bağımlılığı riskli- BOB- VAR: Bilgisayar oyun bağımlılığı var P<0.05 anlamlıdır. Farklılığın kaynaklandığı sütun değerleri farklı harflerdeki üst imgelerle (a & b) gösterilmiştir

BOB durumunun günlük bilgisayar oynama süresi ile ilişkisi anlamlı çıkmıştır ( p<0.001). BOB olanların günlük üç saatten fazla oyun oynadığı (n= 10, %34.5); BOB olmayanların ise bir saatten daha az bilgisayar oyunu oynadığı gözlemlendi ( n= 8, % 17.8). Tablo 31'de gösterilmiştir.

**Tablo 31.** Bilgisayar oyun bağımlılığı durumunun günlük bilgisayar oynama süresi ile ilişkisi.

|            | <b>1 saatten az<br/>n= 45(%)</b> | <b>1-2 saat<br/>n=76 (%)</b> | <b>2-3 saat<br/>n= 19 (%)</b> | <b>3 saatten fazla<br/>n= 29 (%)</b> | <b>p</b>     |
|------------|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|--------------|
| BOB-YOK    | 8 <sup>a</sup> (17,8)            | 2 <sup>b</sup> (2,6)         | 0 <sup>a, b</sup> (0,0)       | 0 <sup>a, b</sup> (0,0)              | <b>,000*</b> |
| BOB-RİSKLİ | 37 <sup>a, b</sup> (82,2)        | 67 <sup>b</sup> (88,2)       | 16 <sup>a, b</sup> (84,2)     | 19 <sup>a</sup> (65,5)               |              |
| BOB-VAR    | 0 <sup>a</sup> (0,0)             | 7 <sup>a, b</sup> (9,2)      | 3 <sup>b, c</sup> (15,8)      | 10 <sup>c</sup> (34,5)               |              |

BOB-YOK: Bilgisayar oyun bağımlılığı yok – BOB- RİSKLİ: Bilgisayar oyun bağımlılığı riskli- BOB- VAR: Bilgisayar oyun bağımlılığı var P<0.05 anlamlıdır \* . Farklılığın kaynaklandığı sütun değerleri farklı harflerdeki üst imgelerle (a & b) gösterilmiştir \*fisher freeman halton

BOB durumu ile çevrim içi oyun oynama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,072). BOB ile bilgisayar oyunu için karakter, altın, para vb. satın alma ile ilişkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p=0,425).

BOB olanların ailelerinde daha fazla bilgisayar oyunu oynayan kişilerin olduğu (n= 17,%17.7 ); BOB olmayanlarda ise anlamlı olarak daha az oyun oynayan aile bireyi olduğu görülmüştür (p= 0.001).Tablo 32'de gösterilmiştir.

**Tablo 32.** Bilgisayar oyun bağımlılığı durumunun ailede benzer şekilde bilgisayar oyunu oynayan kişiler ile arasındaki ilişkisi.

|            | <b>Evet<br/>n= 96(%)</b> | <b>Hayır<br/>n=79 (%)</b> | <b>p</b>    |
|------------|--------------------------|---------------------------|-------------|
| BOB-YOK    | 4 <sup>a</sup> (4,2)     | 12 <sup>b</sup> (15,2)    | <b>,001</b> |
| BOB-RİSKLİ | 75 (78,1)                | 64 (81,0)                 |             |
| BOB-VAR    | 17 <sup>a</sup> (17,7)   | 3 <sup>b</sup> (3,8)      |             |

BOB-YOK: Bilgisayar oyun bağımlılığı yok – BOB- RİSKLİ: Bilgisayar oyun bağımlılığı riskli- BOB- VAR: Bilgisayar oyun bağımlılığı var P<0.05 anlamlıdır. Farklılığın kaynaklandığı sütun değerleri farklı harflerdeki üst imgelerle (a & b) gösterilmiştir

#### 4.2.6. Bilgisayar Oyun Bağımlılığı durumu DEHB alt tipi ilişkisi

DEHB'nin "Hiperaktivite" alt tipi olanlarda oyun bağımlılığı olmama durumu diğer tiplere göre daha yüksekti ( n= 6, %42.9, p=0.004). Tablo 33 'de gösterilmiştir.

**Tablo 33.** DEHB alt tiplerinin bilgisayar oyun bağımlılığı ile ilişkisi.

|            | DEHB-DE<br>n= 29 (%)   | DEHB-HA<br>n= 14 (%)  | DEHB-B<br>n = 132(%)    | p     |
|------------|------------------------|-----------------------|-------------------------|-------|
| BOB-YOK    | 2 <sup>a</sup> (6,9)   | 6 <sup>b</sup> (42,9) | 8 <sup>a</sup> (6,1)    | ,004* |
| BOB-RİSKLİ | 24 <sup>a</sup> (82,8) | 8 <sup>a</sup> (57,1) | 107 <sup>a</sup> (81,1) |       |
| BOB-VAR    | 3 <sup>a</sup> (10,3)  | 0 <sup>a</sup> (0,0)  | 17 <sup>a</sup> (12,9)  |       |

BOB-YOK: Bilgisayar oyun bağımlılığı yok – BOB- RİSKLİ: Bilgisayar oyun bağımlılığı riski- BOB- VAR: Bilgisayar oyun bağımlılığı var P<0.05 anlamlıdır. Farklılığın kaynaklandığı sütun değerleri farklı harflerdeki üst imgelerle (a & b) gösterilmiştir \* fisher freeman halton

#### 4.2.7. Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Durumunun Bağlanma Tipi İle İlişkisi

Oyun bağımlılığı olanlarda güvenli bağlanma oranı (n=1, %1.6) diğer bağlanma tiplerine göre istatistiksel anlamlı olarak daha azdı (p<0.001). Oyun bağımlılığı olanlarda kaygılı bağlanma (n=7, %23.3) tipi güvenli bağlanmaya göre (n=1, % 1.6) anlamlı olarak daha yüksekti (p<0.001). Oyun bağımlılığı riskli olan grupta kaygılı bağlanma tipi (n=18, % 60) diğer tiplere göre anlamlı olarak daha düşük iken; güvenli bağlanma oranı (n=56, %87,5 ) anlamlı olarak daha fazlaydı (p<0.001). Tablo 34'de gösterilmiştir.

**Tablo 34.** Bilgisayar oyun bağımlılığı durumunun bağlanma tipi ile ilişkisi.

|            | Güvenli<br>n =64(%)    | Korkulu-kaçınan<br>n= 55 (%) | Kaygılı<br>n=30 (%)    | Kaçınan<br>n=26 (%)       | P     |
|------------|------------------------|------------------------------|------------------------|---------------------------|-------|
| BOB-YOK    | 7 <sup>a</sup> (10,9)  | 1 <sup>a</sup> (1,8)         | 5 <sup>a</sup> (16,7)  | 3 <sup>a</sup> (11,5)     |       |
| BOB-RİSKLİ | 56 <sup>a</sup> (87,5) | 45 <sup>a, b</sup> (81,8)    | 18 <sup>b</sup> (60,0) | 20 <sup>a, b</sup> (76,9) | ,001* |
| BOB-VAR    | 1 <sup>a</sup> (1,6)   | 9 <sup>b</sup> (16,4)        | 7 <sup>b</sup> (23,3)  | 3 <sup>a, b</sup> (11,5)  |       |

BOB-YOK: Bilgisayar oyun bağımlılığı yok – BOB- RİSKLİ: Bilgisayar oyun bağımlılığı riski- BOB- VAR: Bilgisayar oyun bağımlılığı var P<0.05 anlamlıdır. Farklılığın kaynaklandığı sütun değerleri farklı harflerdeki üst imgelerle (a & b) gösterilmiştir \* fisher freeman halton

#### 4.3. Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Durumunun Kullanılan Diğer Ölçekler İle İlişkisi

##### 4.3.1. Bilgisayar oyun bağımlılığı durumu ile Turgay DSM-IV'e Göre DEHB Tanı Ve Değerlendirme Ölçeği İlişkisi

Olguların Turgay DSM-IV'e göre DEHB tanı ve değerlendirme ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile oyun bağımlılığı durumu arasındaki ilişki incelendiğinde ölçekten alınan toplam puanlar ile BOB alt gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü (p<002). BOB-VAR grubunun

toplam ölçek puanı (X =52,85) BOB-YOK grubunun (X=37,7) toplam ölçek puanından ve BOB-RİSKLİ grubunun puanından (X=44,56) anlamlı olarak yüksekti. Ölçeğin “Dikkat eksikliği” alt boyutu ile BOB durumu arasında anlamlı bir fark olduğu bulundu ( $p<,001$ ). Anlamlı farkın, BOB-YOK p (X= 13,06) ile BOB-RİSKLİ (X=16.26) arasında ve BOB-VAR (X=18,25) ile BOB-YOK (X=13.06) arasında olduğu görüldü. Ölçeğin “Hiperaktivite ” alt boyutu ile BOB durumu arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Ölçeğin “Karşıt olma karşıt gelme ” alt boyutu ile oyun bağımlılığı durumu arasında anlamlıya yakın bir fark olduğu bulundu ( $p<,051$ ). Bu fark, BOB-YOK (X=8,68) ile BOB-VAR (X= 13,50) arasında idi. Ölçeğin “DEHB davranım bozukluğu” alt boyutu ile BOB durumu arasında anlamlı bir fark olduğu bulundu ( $p=0.007$ ). Anlamlı farkın, BOB-VAR (X=3,85) ile BOB-YOK( X=1,06) ve BOB-RİSKLİ grup ( X= 1.80 ) arasında olduğu görüldü.

**Tablo 35.** Turgay DSM-IV’e göre DEHB tanı ve değerlendirme ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile oyun bağımlılığı durumu arasındaki ilişkisi.

|                | BOB       | ortalama | ss    | F      | P            | Farklar  |
|----------------|-----------|----------|-------|--------|--------------|----------|
| <b>T-de</b>    | Yok(1)    | 13,06    | 2,76  | 10,091 | ,000         | 1<2, 1<3 |
|                | Riskli(2) | 16,26    | 3,56  |        |              |          |
|                | Var(3)    | 18,25    | 3,20  |        |              |          |
| <b>T-h</b>     | Yok(1)    | 14,56    | 4,28  | 1,374  | ,256         |          |
|                | Riskli(2) | 15,22    | 5,54  |        |              |          |
|                | Var(3)    | 17,25    | 6,23  |        |              |          |
| <b>T-kokgb</b> | Yok(1)    | 8,68     | 6,87  | 3,031  | ,051         | 1<3      |
|                | Riskli(2) | 11,26    | 5,80  |        |              |          |
|                | Var(3)    | 13,50    | 5,10  |        |              |          |
| <b>T-db</b>    | Yok(1)    | 1,06     | 1,76  |        | <b>0,007</b> | 1<3, 2<3 |
|                | Riskli(2) | 1,80     | 2,49  |        |              |          |
|                | Var(3)    | 3,85     | 3,24  |        |              |          |
| <b>T-dehb</b>  | Yok(1)    | 27,62    | 4,82  | 6,520  | <b>,002</b>  | 1<3, 2<3 |
|                | Riskli(2) | 31,48    | 6,58  |        |              |          |
|                | Var(3)    | 35,50    | 7,35  |        |              |          |
| <b>T-total</b> | Yok(1)    | 37,37    | 10,45 | 7,751  | <b>,001</b>  | 1<3, 2<3 |
|                | Riskli(2) | 44,56    | 11,89 |        |              |          |
|                | Var(3)    | 52,85    | 12,71 |        |              |          |

T-de: Turgay ölçeği dikkat eksikliği, T-h: Turgay ölçeği hiperaktivite, T-kokgb: Turgay ölçeği karşıt olma karşıt gelme, T-db: Turgay ölçeği davranım bozukluğu, T-dehb: Turgay ölçeği DEHB toplam puan, T-total: Turgay toplam puan, BOB: Bilgisayar oyun bağımlılığı  $P<0.05$  anlamlıdır.

#### 4.3.2. Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Durumunun Aile İnternet Tutum Ölçeği ile İlişkisi

“Aile internet tutum ölçeği”nin aile kontrolü alt boyutu ve aile internet yakınlık alt boyutu ile BOB arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptandı (sırasıyla  $p<0,012$  ve  $p<0,035$ ). Bu fark, BOB-YOK ve BOB-VAR grupları

arasındaydı (sırasıyla 37,18±13,57 ve 27±7,91; 52,43±18,36 ve 40,15±11,04). Tablo 36' da gösterilmiştir.

**Tablo 36.** Bilgisayar oyun bağımlılığı durumunun aile internet tutum ölçeği alt boyutları ile karşılaştırılması.

|                                     | BOB       | Ortalama | Ss    | F     | p           | Farklar |
|-------------------------------------|-----------|----------|-------|-------|-------------|---------|
| <b>Aile internet kontrol toplam</b> | Yok(1)    | 37,18    | 13,57 | 4,528 | <b>,012</b> | 1>3     |
|                                     | Riskli(2) | 30,54    | 10,10 |       |             |         |
|                                     | Var(3)    | 27,00    | 7,91  |       |             |         |
| <b>Aile internet yakınlık</b>       | Yok(1)    | 52,43    | 18,36 | 3,410 | <b>,035</b> | 1>3     |
|                                     | Riskli(2) | 46,93    | 14,17 |       |             |         |
|                                     | Var(3)    | 40,15    | 11,04 |       |             |         |

BOB: Bilgisayar oyun bağımlılığı, p<0.05 anlamlıdır.

#### 4.3.3. Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Durumunun Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği İlişkisi

“Kerns güvenli bağlanma ölçeği”nin toplam puanı ile BOB grupları arasında istatistiksel anlamlı fark mevcuttu (p<=,000). Gruplar arası farklılıklar Tablo 37’de gösterilmiştir.

**Tablo 37.** Bilgisayar oyun bağımlılığı durumunun kerns güvenli bağlanma ölçeği ile ilişkisi.

|                   | BOB       | Ortalama | Ss    | F      | p    | Farklar       |
|-------------------|-----------|----------|-------|--------|------|---------------|
| Kerns toplam puan | Yok(1)    | 50,37    | 6,83  | 12,133 | ,000 | 1>2, 1>3, 2>3 |
|                   | Riskli(2) | 43,33    | 11,73 |        |      |               |
|                   | Var(3)    | 32,75    | 8,52  |        |      |               |

BOB: Bilgisayar oyun bağımlılığı, p<0.05 anlamlıdır.

#### 4.3.4. Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Durumunun YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği İle İlişkisi

“Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II Ölçeği”nin kaygı alt grubu ile BOB durumu arasında anlamlı fark olduğu bulundu (p<,002). Gruplar arası farklılıklar Tablo 38’ de gösterilmiştir.

**Tablo 38.** Bilgisayar oyun bağımlılığı durumunun YİYE-II ölçeği ile ilişkisi.

|                     | BOB       | Ortalama | Ss    | F     | p           | Farklar  |
|---------------------|-----------|----------|-------|-------|-------------|----------|
| Yiye kaygı toplam   | Yok(1)    | 42,56    | 13,71 | 6,327 | <b>,002</b> | 1<3, 2<3 |
|                     | Riskli(2) | 49,39    | 20,43 |       |             |          |
|                     | Var(3)    | 64,50    | 21,56 |       |             |          |
| Yiye kaçınma toplam | Yok(1)    | 36,93    | 19,45 | 2,552 | ,081        |          |
|                     | Riskli(2) | 42,33    | 18,07 |       |             |          |
|                     | Var(3)    | 50,25    | 18,07 |       |             |          |

BOB: Bilgisayar oyun bağımlılığı Yiye: Yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri, P<0.05 anlamlıdır.

#### 4.4.Çocuklar İçin Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeğinin Alt Boyutlarının ve Toplam Puanının İlgili Değişkenler İle İncelenmesi

##### 4.4.1.ÇBOBÖ Alt Boyutlarının ve Toplam Puanın Sosyodemografik Özellikler İle İlişkisi

ÇBOBÖ alt boyutlarının ve toplam puanının cinsiyet ile ilişkisi Tablo 39'da gösterilmiştir.

**Tablo 39.** Çocuklar İçin Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeğinin alt boyutlarının ve toplam puanının cinsiyet ile ilişkisi.

|              | Cinsiyet | n   | ort±ss      | T      | Df  | p    |
|--------------|----------|-----|-------------|--------|-----|------|
| FAKTÖR 1     | Kız      | 53  | 18,60±7,94  | -3,713 | 173 | ,000 |
|              | Erkek    | 122 | 23,93±9,04  |        |     |      |
| FAKTÖR 2     | Kız      | 53  | 6,56±2,99   | -3,833 | 173 | ,000 |
|              | Erkek    | 122 | 8,71±3,56   |        |     |      |
| FAKTÖR 3     | Kız      | 53  | 5,00±2,48   | -2,468 | 173 | ,015 |
|              | Erkek    | 122 | 6,12±2,87   |        |     |      |
| FAKTÖR 4     | Kız      | 53  | 8,54±3,85   | -2,699 | 173 | ,008 |
|              | Erkek    | 122 | 10,38±4,25  |        |     |      |
| ÇBOBÖ TOPLAM | Kız      | 53  | 42,83±17,49 | -3,837 | 173 | ,000 |
|              | Erkek    | 122 | 54,77±19,51 |        |     |      |

FAKTÖR 1: Bilgisayarda oyun oynamaktan vazgeçememe ve engellendiğinde rahatsız olma, FAKTÖR 2: Bilgisayar oyununu hayalinde yaşatma ve gerçek hayatıyla ilişkilendirme, FAKTÖR 3: Bilgisayar oyunu oynamaktan dolayı görevleri aksatma, FAKTÖR 4: Bilgisayar oyunu oynamayı başka etkinliklere tercih etme, ÇBOBÖ TOPLAM: "Çocuklar İçin Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeği" toplam ortalama puanı. P<0.05 anlamlıdır.

**Tablo 40.** Çocuklar İçin Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeğinin alt boyutlarının ve toplam puanının çocuğun akademik başarısı ile ilişkisi.

|              | Ders başarısı | Ort.  | ss    | F     | P    | Farklar  |
|--------------|---------------|-------|-------|-------|------|----------|
| FAKTÖR 1     | iyi           | 20,37 | 8,87  | 2,856 | ,060 |          |
|              | kötü          | 24,28 | 9,89  |       |      |          |
|              | orta          | 23,41 | 8,70  |       |      |          |
| FAKTÖR 2     | iyi           | 7,07  | 3,46  | 4,786 | ,009 | 1<3      |
|              | kötü          | 8,68  | 3,78  |       |      |          |
|              | orta          | 8,73  | 3,35  |       |      |          |
| FAKTÖR 3     | iyi           | 5,01  | 2,44  | 4,970 | ,008 | 1<2, 1<3 |
|              | kötü          | 6,72  | 3,47  |       |      |          |
|              | orta          | 6,16  | 2,74  |       |      |          |
| FAKTÖR 4     | iyi           | 9,02  | 4,15  | 2,130 | ,122 |          |
|              | kötü          | 10,36 | 5,22  |       |      |          |
|              | orta          | 10,36 | 3,83  |       |      |          |
| ÇBOBÖ TOPLAM | iyi           | 46,28 | 19,31 | 3,785 | ,025 | 1<3      |
|              | kötü          | 55,80 | 22,22 |       |      |          |
|              | orta          | 53,97 | 18,42 |       |      |          |

FAKTÖR 1: Bilgisayarda oyun oynamaktan vazgeçememe ve engellendiğinde rahatsız olma, FAKTÖR 2: Bilgisayar oyununu hayalinde yaşatma ve gerçek hayatıyla ilişkilendirme, FAKTÖR 3: "Bilgisayar oyunu oynamaktan dolayı görevleri aksatma, FAKTÖR 4: Bilgisayar oyunu oynamayı başka etkinliklere tercih etme ÇBOBÖ TOPLAM Çocuklar İçin Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeği" toplam ortalama puanı. P<0.05 anlamlıdır.

ÇBOBÖ toplam puanları ile ders başarıları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü ( $p=,025$ ). Anlamlı farkın, ders başarıları orta düzeyde olan grup ( $53,97\pm 18,42$ ) ile ders başarıları iyi düzeyde olan grup ( $46,28\pm 19,31$ ) arasında olduğu ve orta düzeyde olan grubun daha yüksek olduğu görüldü. ÇBOBÖ alt boyutlarının ve toplam puanının çocuğun akademik başarıları ile ilişkisine dair diğer veriler Tablo 40'dadır.

#### 4.4.2.ÇBOBÖ Alt Boyutlarının ve Toplam Puanın bilgisayar kullanım özellikleri ile ilişkisi

"Bilgisayarda oyun oynamaktan vazgeçememe ve engellendiğinde rahatsız olma", "Bilgisayar oyununu hayalinde yaşatma ve gerçek hayatıyla ilişkilendirme", "Bilgisayar oyunu oynamaktan dolayı görevleri aksatma" alt boyut ortalamaları tableti olanlarda tableti olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksekti. ÇBOBÖ toplam ortalaması tableti olanlarda tableti olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek ( $54,89\pm 21,69$ ,  $p=0.018$ ) (Tablo 41).

**Tablo 41.** Çocuklar İçin Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeğinin alt boyutlarının ve toplam puanının çocuğun kendine ait tablet varlığı ile ilişkisi.

|              |     | N  | ort±ss      | t      | df      | p    |
|--------------|-----|----|-------------|--------|---------|------|
| FAKTÖR 1     | yok | 92 | 20,90±8,06  | -2,208 | 173     | ,029 |
|              | var | 83 | 23,89±9,82  |        |         |      |
| FAKTÖR 2     | yok | 92 | 7,38±3,13   | -2,737 | 173     | ,007 |
|              | var | 83 | 8,81±3,81   |        |         |      |
| FAKTÖR 3     | yok | 92 | 5,38±2,46   | -2,015 | 173     | ,045 |
|              | var | 83 | 6,22±3,09   |        |         |      |
| FAKTÖR 4     | yok | 92 | 9,29±3,84   | -1,780 | 173     | ,077 |
|              | var | 83 | 10,42±4,53  |        |         |      |
| ÇBOBÖ TOPLAM | yok | 92 | 47,79±17,05 | -2,388 | 155,430 | ,018 |
|              | var | 83 | 54,89±21,69 |        |         |      |

FAKTÖR 1: Bilgisayarda oyun oynamaktan vazgeçememe ve engellendiğinde rahatsız olma, FAKTÖR 2: Bilgisayar oyununu hayalinde yaşatma ve gerçek hayatıyla ilişkilendirme, FAKTÖR 3: "Bilgisayar oyunu oynamaktan dolayı görevleri aksatma FAKTÖR 4: Bilgisayar oyunu oynamayı başka etkinliklere tercih etme ÇBOBÖ TOPLAM Çocuklar İçin Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeği" toplam ortalaması puanı.  $P<0.05$  anlamlıdır.

Günün hangi saatinde oyun oynandığı çoklu seçenek olarak işaretlenmiş olup yanıtlar üzerinden analiz yapılmıştır. Oyun bağımlılığı durumu ile günün hangi saatinde oynadığı arasında anlamlı fark yok iken gece oyun oynayanların ÇBOBÖ toplam puanı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 42).

**Tablo 42.** ÇBOBÖ toplam puanının bilgisayar oynama zamanı ile ilişkisi.

|        |     | Sabah                | Öğle ve öğleden sonra | Akşam              | Gece               |
|--------|-----|----------------------|-----------------------|--------------------|--------------------|
| ÇBOBÖ  | ort | 57,00 <sup>a,b</sup> | 53,71 <sup>a</sup>    | 54,69 <sup>a</sup> | 67,91 <sup>b</sup> |
| TOPLAM | ss  | 19,34 <sup>a,b</sup> | 19,76 <sup>a</sup>    | 18,08 <sup>a</sup> | 8,72 <sup>b</sup>  |

ÇBOBÖ TOPLAM Çocuklar İçin Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeği" toplam ortalaması puanı.  $p<0.05$  anlamlıdır

“Bilgisayarda oyun oynamaktan vazgeçememe ve engellendiğinde rahatsız olma”, “Bilgisayar oyununu hayalinde yaşatma ve gerçek hayatıyla ilişkilendirme” “Bilgisayar oyunu oynamayı başka etkinliklere tercih etme” alt boyut ortalama puanı çevrim içi oyun oynayanlarda çevrim içi oyun oynamayanlara göre anlamlı olarak daha yüksekti. ÇBOBÖ toplam ortalama puanı çevrim içi oyun oynayanlarda çevrim içi oyun oynamayanlara göre anlamlı olarak daha yüksekti ( 55,93±18,91, p=0.002) (Tablo 43).

**Tablo 43.** ÇBOBÖ alt boyutlarının ve toplam puanının çevrim içi oyun oynama ile ilişkisi.

|              |       | N   | ort±ss      | t     | Df  | p    |
|--------------|-------|-----|-------------|-------|-----|------|
| FAKTÖR 1     | evet  | 100 | 24,41±8,73  | 2,927 | 167 | ,004 |
|              | hayır | 69  | 20,44±8,51  |       |     |      |
| FAKTÖR 2     | evet  | 100 | 8,85±3,47   | 2,799 | 167 | ,006 |
|              | hayır | 69  | 7,36±3,28   |       |     |      |
| FAKTÖR 3     | evet  | 100 | 6,14±2,93   | 1,446 | 167 | ,150 |
|              | hayır | 69  | 5,50±2,58   |       |     |      |
| FAKTÖR 4     | evet  | 100 | 10,71±4,21  | 2,594 | 167 | ,010 |
|              | hayır | 69  | 9,05±3,84   |       |     |      |
| ÇBOBÖ TOPLAM | evet  | 100 | 55,93±18,91 | 3,100 | 167 | ,002 |
|              | hayır | 69  | 46,86±18,31 |       |     |      |

FAKTÖR 1: Bilgisayarda oyun oynamaktan vazgeçememe ve engellendiğinde rahatsız olma, FAKTÖR 2: Bilgisayar oyununu hayalinde yaşatma ve gerçek hayatıyla ilişkilendirme, FAKTÖR 3: “Bilgisayar oyunu oynamaktan dolayı görevleri aksatma FAKTÖR 4: Bilgisayar oyunu oynamayı başka etkinliklere tercih etme ÇBOBÖ TOPLAM Çocuklar İçin Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeği” toplam ortalama puanı. P<0.05 anlamlıdır.

**Tablo 44.** ÇBOBÖ alt boyutlarının ve toplam puanının sanal ürün satın alma ile ilişkisi.

|              |       | N   | ort±ss      | t     | Df  | p    |
|--------------|-------|-----|-------------|-------|-----|------|
| FAKTÖR 1     | evet  | 8   | 28,12±7,86  | 1,759 | 167 | ,080 |
|              | hayır | 161 | 22,52±8,82  |       |     |      |
| FAKTÖR 2     | evet  | 8   | 9,62±2,44   | 1,157 | 167 | ,249 |
|              | hayır | 161 | 8,17±3,49   |       |     |      |
| FAKTÖR 3     | evet  | 8   | 7,87±2,35   | 2,080 | 167 | ,039 |
|              | hayır | 161 | 5,78±2,79   |       |     |      |
| FAKTÖR 4     | evet  | 8   | 13,87±4,54  | 2,740 | 167 | ,007 |
|              | hayır | 161 | 9,84±4,03   |       |     |      |
| ÇBOBÖ TOPLAM | evet  | 8   | 65,37±16,33 | 2,007 | 167 | ,046 |
|              | hayır | 161 | 51,57±19,08 |       |     |      |

FAKTÖR 1: Bilgisayarda oyun oynamaktan vazgeçememe ve engellendiğinde rahatsız olma, FAKTÖR 2: Bilgisayar oyununu hayalinde yaşatma ve gerçek hayatıyla ilişkilendirme, FAKTÖR 3: Bilgisayar oyunu oynamaktan dolayı görevleri aksatma FAKTÖR 4: Bilgisayar oyunu oynamayı başka etkinliklere tercih etme ÇBOBÖ TOPLAM Çocuklar İçin Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeği” toplam ortalama puanı. P<0.05 anlamlıdır.

“Bilgisayar oyunu oynamaktan dolayı görevleri aksatma” ve “Bilgisayar oyunu oynamayı başka etkinliklere tercih etme” alt boyutları ortalama puanı sanal ürün satın alanlarda sanal ürün satın almayanlara göre anlamlı olarak daha

yüksekti. ÇBOBÖ toplam ortalama puanı sanal ürün satın alanlar sanal ürün satın almayanlara göre anlamlı olarak daha yüksekti ( $65,37 \pm 16,33$ ,  $p=0.046$ ) (Tablo 44).

Bilgisayar oyun oynama süresi ile ÇBOBÖ alt boyutlarının ve toplam puanları arasında anlamlı ilişki vardı ( $p<0.001$ ). Oyun oynama süresi artıça ÇBOBÖ alt ölçek ve toplam puanları artmakta idi. Tablo 45’de gösterilmiştir.

**Tablo 45.** ÇBOBÖ alt boyutlarının ve toplam puanının bilgisayar oyun oynama süresi ile ilişkisi.

|              |                 | Ort.±ss     | F      | P*   | Farklar |
|--------------|-----------------|-------------|--------|------|---------|
| FAKTÖR 1     | 1 saatten az    | 17,40±7,22  | 21,326 | ,000 | 1<2 1<3 |
|              | 1-2 saat        | 21,86±8,47  |        |      | 1<4 2<4 |
|              | 2-3 saat        | 26,47±6,77  |        |      |         |
|              | 3 saatten fazla | 31,17±5,80  |        |      |         |
| FAKTÖR 2     | 1 saatten az    | 6,26±2,75   | 18,194 | ,000 | 1<2 1<3 |
|              | 1-2 saat        | 7,84±3,35   |        |      | 1<4 2<3 |
|              | 2-3 saat        | 10,00±2,72  |        |      | 2<4     |
|              | 3 saatten fazla | 11,20±2,69  |        |      |         |
| FAKTÖR 3     | 1 saatten az    | 4,68±1,88   | 8,706  | ,000 | 1<3 1<4 |
|              | 1-2 saat        | 5,63±2,91   |        |      | 2<4     |
|              | 2-3 saat        | 7,15±2,29   |        |      |         |
|              | 3 saatten fazla | 7,55±3,00   |        |      |         |
| FAKTÖR 4     | 1 saatten az    | 7,42±3,30   | 21,627 | ,000 | 1<2 1<3 |
|              | 1-2 saat        | 9,72±3,63   |        |      | 1<4 2<4 |
|              | 2-3 saat        | 11,36±3,25  |        |      |         |
|              | 3 saatten fazla | 14,03±3,78  |        |      |         |
| ÇBOBÖ TOPLAM | 1 saatten az    | 39,84±15,19 | 23,954 | ,000 | 1<2 1<3 |
|              | 1-2 saat        | 50,23±17,85 |        |      | 1<4 2<3 |
|              | 2-3 saat        | 61,31±14,96 |        |      | 2<4     |
|              | 3 saatten fazla | 70,72±13,12 |        |      |         |

FAKTÖR 1: Bilgisayarda oyun oynamaktan vazgeçememe ve engellendiğinde rahatsız olma, FAKTÖR 2: Bilgisayar oyununu hayalinde yaşatma ve gerçek hayatıyla ilişkilendirme, FAKTÖR 3: Bilgisayar oyunu oynamaktan dolayı görevleri aksatma FAKTÖR 4: Bilgisayar oyunu oynamayı başka etkinliklere tercih etme ÇBOBÖ TOPLAM Çocuklar İçin Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeği” toplam ortalama puanı.  $P<0.05$  anlamlıdır.

#### 4.4.3.ÇBOBÖ alt boyutlarının ve toplam puanının internet aile tipi ile ilişkisi

ÇBOBÖ alt boyutlarının ve toplam puanının internet aile tipleri ile ilişkisi Tablo 46’da gösterilmiştir. Olguların ÇBOBÖ toplam puanları ile aile tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü ( $p<,001$ ). Ailesi ihmalkâr olan grup ( $X=57,44$ ) ve ailesi müsamahakâr olan grubun toplam puanı ( $X=54,33$ ) ile ailesi demokrat olan gruptan ( $X=43,77$ ) anlamlı olarak yüksekti.

**Tablo 46.** ÇBOBÖ alt boyutlarının ve toplam puanının internet aile tipi ile ilişkisi.

|              |             | Ort.±ss     | F     | P           | Farklar |
|--------------|-------------|-------------|-------|-------------|---------|
| FAKTÖR 1     | İhmalkâr    | 25,13±9,17  | 6,787 | <b>,000</b> | 1>4     |
|              | Otoriter    | 29,50±7,77  |       |             | 3>4     |
|              | Müsamahakâr | 23,88±8,66  |       |             |         |
|              | Demokrat    | 18,90±8,12  |       |             |         |
| FAKTÖR 2     | İhmalkâr    | 9,01±3,37   | 4,689 | <b>,004</b> | 1>4     |
|              | Otoriter    | 9,50±6,36   |       |             |         |
|              | Müsamahakâr | 8,61±3,45   |       |             |         |
|              | Demokrat    | 6,91±3,40   |       |             |         |
| FAKTÖR 3     | İhmalkâr    | 6,79±3,01   | 6,319 | <b>,000</b> | 1>4     |
|              | Otoriter    | 5,00±2,82   |       |             |         |
|              | Müsamahakâr | 6,09±2,80   |       |             |         |
|              | Demokrat    | 4,79±2,30   |       |             |         |
| FAKTÖR 4     | İhmalkâr    | 11,16±4,56  | 5,645 | <b>,001</b> | 1>4     |
|              | Otoriter    | 12,00±4,24  |       |             |         |
|              | Müsamahakâr | 10,33±3,68  |       |             |         |
|              | Demokrat    | 8,37±3,80   |       |             |         |
| ÇBOBÖ TOPLAM | İhmalkâr    | 57,44±19,83 | 6,681 | <b>,000</b> | 1>4     |
|              | Otoriter    | 65,00±19,79 |       |             | 3>4     |
|              | Müsamahakâr | 54,33±18,96 |       |             |         |
|              | Demokrat    | 43,77±17,70 |       |             |         |

FAKTÖR 1: Bilgisayarda oyun oynamaktan vazgeçememe ve engellendiğinde rahatsız olma, FAKTÖR 2: Bilgisayar oyununu hayalinde yaşatma ve gerçek hayatıyla ilişkilendirme, FAKTÖR 3: Bilgisayar oyunu oynamaktan dolayı görevleri aksatma FAKTÖR 4: Bilgisayar oyunu oynamayı başka etkinliklere tercih etme ÇBOBÖ TOPLAM Çocuklar İçin Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeği" toplam ortalama puanı. P<0.05 anlamlıdır.

#### 4.5.Binary Lojistik Regresyon Modeline Göre BOB Varlığını Etkileyen

##### Bağımsız Değişkenler

Turgay ölçeği dikkat eksikliği alt tipi (T-de) puanındaki bir birim artış oyun bağımlılığı varlığını 1,19 kat artırmaktadır. Turgay ölçeği davranım bozukluğu (T-db) puanındaki bir birim artış oyun bağımlılığı varlığını 1,26 kat artırmaktadır. Turgay ölçeği dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu total puanındaki (T-dehb) bir birim artış oyun bağımlılığı varlığını 1,10 kat artırmaktadır. Turgay ölçeği toplam puanındaki (T-total) bir birim artış oyun bağımlılığı varlığını 1,06 kat artırmaktadır. Kerns toplam (K-total) puanındaki bir birim artış oyun bağımlılığı varlığını 0,92 kat azaltmaktadır. Erkeklerde oyun bağımlılığı kızlara göre 9,59 kat fazladır. Kendine ait tableti olanlarda oyun bağımlılığı 3,83 kat fazladır. Ailesinde benzer şekilde oyun oynayan birinin varlığında oyun bağımlılığı 5,45 kat fazladır. Ailesinde bilgisayar oyunu oynamaya sınır koymayanlarda oyun bağımlılığı, sınır koyanlara göre 7,52 kat fazladır. Yiye bağlanma tipi korkulu-kaçıngan olanlarda

oyun bağımlılığı varlığı güvenli olanlara göre 12,32 kat, kaygılı bağlananlarda ise güvenli bağlananlara göre 19,17 kat daha fazladır (Tablo 47).

**Tablo 47.** Binary Lojistik Regresyon Modeline Göre BOB Varlığını Etkileyen Bağımsız Değişkenler.

|                                  | B      | S.e.  | p            | Or            | 95% c.i.for exp(b) |         |
|----------------------------------|--------|-------|--------------|---------------|--------------------|---------|
|                                  |        |       |              |               | Lower              | Upper   |
| T-de                             | 0,179  | 0,069 | <b>0,009</b> | <b>1,196</b>  | 1,046              | 1,368   |
| T-db                             | 0,236  | 0,076 | <b>0,002</b> | <b>1,266</b>  | 1,092              | 1,468   |
| T-dehb                           | 0,101  | 0,038 | <b>0,008</b> | <b>1,106</b>  | 1,027              | 1,191   |
| T-total                          | 0,061  | 0,021 | <b>0,003</b> | <b>1,063</b>  | 1,021              | 1,107   |
| K-total                          | -0,074 | 0,03  | <b>0,013</b> | <b>0,928</b>  | 0,875              | 0,985   |
| Cinsiyet                         | 2,261  | 1,040 | <b>0,030</b> | <b>9,592</b>  | 1,249              | 73,647  |
| Çocuğa ait tablet varlığı        | 1,345  | ,541  | <b>0,013</b> | <b>3,838</b>  | 1,329              | 11,086  |
| Ailede oyun oynayan kişi varlığı | 1,696  | ,647  | <b>0,009</b> | <b>5,451</b>  | 1,535              | 19,356  |
| Ailede sınır koyamama            | 2,018  | ,648  | <b>0,002</b> | <b>7,526</b>  | 2,115              | 26,786  |
| Korkulu-Kaçınan bağlanma         | 2,512  | 1,072 | <b>0,019</b> | <b>12,326</b> | 1,508              | 100,723 |
| Kaygılı bağlanma                 | 2,954  | 1,096 | <b>0,007</b> | <b>19,174</b> | 2,236              | 164,442 |
| Kaçınan bağlanma                 | 2,106  | 1,180 | 0,074        | 8,217         | ,813               | 83,034  |
| Çevrim içi oyun oynama           | -1,130 | 0,583 | 0,053        | 0,323         | 0,103              | 1,013   |
| İhmalkâr aile                    | 1,118  | 0,629 | 0,075        | 3,060         | 0,892              | 10,501  |
| Otoriter aile                    | 2,833  | 1,505 | 0,060        | 17,00         | 0,890              | 324,65  |
| Müsamahakâr aile                 | 1,041  | 0,678 | 0,124        | 2,833         | 0,751              | 10,69   |

T-de: Turgay ölçeği dikkat eksikliği alt boyutu, T-db: Turgay ölçeği davranım bozukluğu alt boyutu, T-dehb: Turgay ölçeği DEHB toplam puanı, T-total: turgay ölçeği toplam puanı, K-total: Kerns ölçeği toplam puanı, p<0,05 anlamlıdır.

#### 4.6.ÇBOBÖ Toplam Puanının Bazı Ölçek Puanları İle Korelasyon Analizi

Yapılan korelasyon analizi sonucuna göre ÇBOBÖ toplam puanı ile turgay dikkat eksikliği alt ölçeği ( $r = .296$ ,  $p < 0,001$ ), turgay karşı olma alt ölçeği ( $r = .216$ ,  $p = 0,004$ ), turgay davranım bozukluğu alt ölçeği ( $r = .344$ ,  $p < 0,001$ ), turgay total ölçek puanı ( $r = .327$ ,  $p < 0,001$ ), yiye kaygı toplam ( $r = .356$ ,  $p < 0,001$ ), yiye kaçınma toplam ( $r = .217$ ,  $p = 0,004$ ) arasında anlamlı, pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu bulunmuştur. ÇBOBÖ toplam puanı ile kerns toplam puan ( $r = -.494$ ,  $p < 0,001$ ), aile internet kontrol toplam ( $r = -.313$ ,  $p < 0,001$ ), aile internet yakınlık ( $r = -.307$ ,  $p < 0,001$ ) arasında anlamlı, negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu bulunmuştur. ÇBOBÖ toplam puanı ile turgay hiperaktivite alt ölçeği arasında bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 48).

**Tablo 48. ÇBOBÖ Toplam Puanının Diğer Ölçek Puanları İle Korelasyon Analizi.**

|                               | ÇBOBÖ<br>toplam<br>puan | T-de           | T-hp           | T-<br>kokg      | T-db            | T-total         | K-total         | YiYE-<br>kaygı  | YiYE-<br>kaçın<br>ma | Aile-<br>internet<br>kontrol | Aile-<br>internet<br>yakınlık |
|-------------------------------|-------------------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------------|------------------------------|-------------------------------|
| ÇBOBÖ<br>toplam<br>puan       | r 1<br>p ,000           | ,296**<br>,000 | ,139<br>,066   | ,216**<br>,004  | ,344**<br>,000  | ,327**<br>,000  | -,494**<br>,000 | ,356**<br>,000  | ,217**<br>,004       | -,313**<br>,000              | -,307**<br>,000               |
| T-de                          | r ,296**<br>p ,000      | 1<br>,000      | ,040<br>,600   | ,219**<br>,004  | ,095<br>,213    | ,438**<br>,000  | -,166*<br>,028  | ,182*<br>,016   | ,170*<br>,025        | -,112<br>,140                | -,089<br>,244                 |
| T-hp                          | r ,139<br>p ,066        | ,040<br>,600   | 1<br>,000      | ,483**<br>,000  | ,213**<br>,005  | ,738**<br>,000  | -,112<br>,139   | ,045<br>,553    | ,059<br>,437         | -,026<br>,736                | ,035<br>,641                  |
| T-kokg                        | r ,216**<br>p ,004      | ,219**<br>,004 | ,483**<br>,000 | 1<br>,000       | ,510**<br>,000  | ,869**<br>,000  | -,197**<br>,009 | ,077<br>,313    | ,156*<br>,040        | -,080<br>,293                | -,033<br>,664                 |
| T-db                          | r ,344**<br>p ,000      | ,095<br>,213   | ,213**<br>,005 | ,510**<br>,000  | 1<br>,000       | ,580**<br>,000  | -,189*<br>,012  | ,123<br>,104    | ,245**<br>,001       | -,205**<br>,007              | -,195**<br>,010               |
| T-total                       | r ,327**<br>p ,000      | ,438**<br>,000 | ,738**<br>,000 | ,869**<br>,000  | ,580**<br>,000  | 1<br>,000       | -,234**<br>,002 | ,137<br>,071    | ,203**<br>,007       | -,126<br>,096                | -,067<br>,375                 |
| K-total                       | r -,494**<br>p ,000     | -,166*<br>,028 | -,112<br>,139  | -,197**<br>,009 | -,189*<br>,012  | -,234**<br>,002 | 1<br>,000       | -,636**<br>,000 | -,544**<br>,000      | ,169*<br>,026                | ,369**<br>,000                |
| YiYE-<br>kaygı                | r ,356**<br>p ,000      | ,182*<br>,016  | ,045<br>,553   | ,077<br>,313    | ,123<br>,104    | ,137<br>,071    | -,636**<br>,000 | 1<br>,000       | ,340**<br>,000       | ,014<br>,856                 | -,158*<br>,037                |
| YiYE-<br>kaçınma              | r ,217**<br>p ,004      | ,170*<br>,025  | ,059<br>,437   | ,156*<br>,040   | ,245**<br>,001  | ,203**<br>,007  | -,544**<br>,000 | ,340**<br>,000  | 1<br>,000            | -,201**<br>,008              | -,386**<br>,000               |
| Aile-<br>internet<br>kontrol  | r -,313**<br>p ,000     | -,112<br>,140  | -,026<br>,736  | -,080<br>,293   | -,205**<br>,007 | -,126<br>,096   | ,169*<br>,026   | ,014<br>,856    | -,201**<br>,008      | 1<br>,000                    | ,737**<br>,000                |
| Aile-<br>internet<br>yakınlık | r -,307**<br>p ,000     | -,089<br>,244  | ,035<br>,641   | -,033<br>,664   | -,195**<br>,010 | -,067<br>,375   | ,369**<br>,000  | -,158*<br>,037  | -,386**<br>,000      | ,737**<br>,000               | 1                             |

T-de: Turgay ölçeği dikkat eksikliği alt boyutu, T-hp: Turgay ölçeği hiperaktivite alt boyutu, T-kokg: Turgay ölçeği karşı olma karşı gelme bozukluğu alt boyutu, T-db: Turgay ölçeği davranım bozukluğu alt boyutu T-dehb: Turgay ölçeği DEHB toplam puanı, T-total: turgay ölçeği toplam puanı, K-total: kerns ölçeği toplam puanı, YiYE-kaygı: Yakın ilişkilerde Yaşantılar Envanteri II- Orta Çocukluk Ölçeği kaygı alt boyutu, YiYE-kaçınma: Yakın ilişkilerde Yaşantılar Envanteri II- Orta Çocukluk Ölçeği kaçınma alt boyutu, p<0,05 anlamlıdır

## 5.TARTIŞMA

DEHB'ye eşlik eden ruhsal bozuklukların daha şiddetli semptomlara ve işlevsellikte daha fazla bozulmaya yol açtığı bilinmektedir ve bu durum tedavi planlanması ve yürütülmesinde bazı zorlukları gündeme gelmektedir<sup>32</sup>. Son dönemde gelişen teknoloji ile birlikte artan bilgisayar oyunları oynama sıklığının DEHB varlığını ve semptomların şiddetini artırdığı, ayrıca DEHB'nin de BOB durumunu artırdığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir<sup>14, 274, 298</sup>. Bu sebeplerden ötürü, DEHB kliniğini ve BOB'u etkileyen faktörlerin tespit edilmesi büyük önem arz etmektedir. Bu amaçla çalışmamızda 8-12 yaş aralığında daha önce hiç tedavi almamış ya da son 3 aydır tedavi almayan DEHB tanılı olguların BOB durumları ile BOB durumunu etkileyen bağlanma tipi ve yordayıcı faktörleri inceledik. Çalışmamızın DEHB tanılı olgularda BOB'u engelleyecek tedbirlerin alınmasına, DEHB ve komorbid BOB olan olguların özelliklerinin saptanmasına, bu hasta grubuna özelleşmiş takip ve tedavi programlarının oluşturulmasına ön bilgi sağlayabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızın örnekleminde erkeklerin kızlardan daha fazla olduğu ve bu oranın 2,3/1 olduğu görülmektedir. İşlevsellikte bozulma olan DEHB olgularında erkeklerin kızlara oranı 1,8/1 saptanmış olup, ülkemizde yapılan çalışmalarda DEHB'de erkek/kız oranı 1,8/1- 3,5/1 arasında değişmektedir<sup>45, 47</sup>. Polazync ve ark. DEHB tanılı olguların epidemiyolojik özelliklerinin değerlendirdiği 25 çalışmayı incelemişler ve erkek/kız oranının 2,4/1 olduğunu belirtmişler<sup>299</sup>.

Çalışmamızda olguların %75,4 'ünün evinde bilgisayar bulunmakta idi. %21,7 sinin kendine ait bilgisayarı, % 31,4'nün kendine ait telefonu, %41,7 oranıyla neredeyse çalışma grubunun yarısına yakınının tableti vardı. 2020 yılında dördüncü sınıf öğrencileri ile yapılan çalışmada öğrencilerin %49,6'sının bilgisayar, %39,1'inin cep telefonu ve %65,2'sinin tableti olduğu belirlenmiştir<sup>300</sup>. 2015 yılı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 10-17 yaşındaki çocukların kendine ait telefona sahip olma oranı %39,4, kendine ait taşınabilir bilgisayara sahip olma oranı %27,4 idi<sup>301</sup>. TÜİK verilerine göre çalışmamızda oranların daha yüksek olması, zamanla teknolojiye ihtiyacın artması ve 2019 yılında ortaya çıkan COVID-19 pandemisi nedeniyle bu cihazların artık eğitim aracı temel bir ihtiyaca dönüşmesi ile ilişkili olabilir.

2013 yılı TÜİK verilerine göre 6-15 yaşındaki çocuk ve ergenlerin ortalama bilgisayar (masaüstü, diz üstü, tablet, vb.) kullanımını başlama yaşı 8,2 yıl, ortalama telefon kullanmaya başlama yaşı 10,1 yıldır<sup>302</sup>. Çalışmamızda ortalama bilgisayar, telefon ve tablete sahip olma yaşı sırasıyla  $8,5 \pm 2,32$  yıl,  $9,75 \pm 1,83$  yıl  $7,73 \pm 1,91$  yıl idi. Bu veriler ışığında yıllarla geçtikçe teknolojik aletleri kullanmaya başlama yaşının düştüğünü söyleyebiliriz. Ayrıca tablete sahip olma yaşının daha düşük olması dikkat çekici bir noktadır.

İnternetin hanelerde bulunma oranı 2017 yılı TÜİK verilerine göre %80,7 iken 2020 yılında % 90,7 olarak açıklanmıştır. Çalışmamızda ise olguların %89,1'inde 1 yıldan uzun süredir, yarısından fazlasında ise (%57,1) 3 yıldan uzun süredir evinde internet olduğu görüldü. Çalışmamızda bilgisayar / telefon / tablet ile interneti en sık kullanım amacı oyun oynamak idi. Karagöz'ün yapmış olduğu çalışmada interneti en sık kullanım amacı sosyal medya kullanımı iken ikinci en sık amaç oyun oynamak idi<sup>303</sup>. Çalışmalarda bilgisayarın kullanım amacı sıklıkla oyun oynamak, ders çalışmak olarak görülmektedir<sup>304, 305</sup>. Bilgisayarlar çoğunlukla oyun oynama ve ödevi yapmak için kullanılsa da internetin eğitim amaçlı kullanımından çok eğlence amaçlı kullanıldığı belirlenmiştir<sup>306</sup>

8-18 yaş çocukların dâhil edildiği anket çalışmasında katılımcıların %46'sının ailesinin video oyunları oynarken süre sınırı koyduğu tespit edilmiştir<sup>148</sup>. Amerika'da yapılan bir çalışmada ebeveynlerin %61'i internet kullanım süresine sınır koyduğunu belirtirken, ergenlerin %38'i ebeveynlerinin süre sınırı koyduğunu belirtmiştir<sup>307</sup>. Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise ailelerin çoğunluğu bilgisayar oynamaya süre sınırı koyduğunu belirtmiştir<sup>308</sup>. Çalışmamızda da katılımcıların %64,6' sının ebeveyninin internet kullanımına süre sınırı koymadığı gözlenmiştir. Bizim çalışmamızda ebeveynlerin sınır koymadığını düşündüren bu yüksek oran internet kullanım kuralları sorusunun çocuk/ergene sorulmasıyla ilgili olabilir. Türkiye'de yapılan diğer çalışmada kurallar ile ilgili sorular aileye sorulmuştur. Ayrıca çocukların ebeveynleri ile süre sınırı konusunda fikir ayrılıklarının olması, konulan kuralları görmezden gelmeleri, bağımlı bireylerin bilgisayar başında geçen süre ile ilgili sağlıklı değerlendirme yapamamaları da mevcut durumun sebepleri arasında sayılabilir.

2020 yılı TÜİK verilerine göre internet kullanım oranı erkeklerde %84,7, kadınlarda %73,3 olarak açıklanmıştır<sup>309</sup>. İngiltere’de erişkinlerle yapılan bir çalışmada günlük ortalama bilgisayar oyun oynama süresinin ise 1,38 saat olduğu belirtildi<sup>310</sup>. Belçika’da 16-64 yaş arasında kişilerin dâhil edildiği bir araştırmada Belçikalıların hafta içi günlük oyun oynama süreleri 108.23±135.2 dakika, Finlandiyalıların ise 91,52±100.78 dakika iken, hafta sonu ise sırasıyla 114.22 ±138.94, 89.15±94.65 dakika idi<sup>311</sup>. Akçay ve Özcebe’nin yapmış olduğu çalışmada annelerin %9,7 si, babaların % 20,4 ‘ü bilgisayar oyunu oynamaktadır<sup>312</sup>. Çalışmamızda da literatürle uyumlu şekilde katılımcıların çoğu iki saatten daha az internette vakit geçiriyor ve bilgisayar oyunu oynuyor idi. Ayrıca babaların hem internet kullanımı hem de bilgisayar oyunu oynama durumu annelerden daha fazla idi. Bu durum, Türkiye’de özellikle ataeril aile yapısının olmasından dolayı çocuk bakımı, ev işleri gibi sorumlukların kadınlar tarafından yerine getirilmesi sonucu, annelerin internet ve bilgisayar oyunu gibi aktivitelere ayıracak yeterli zamanının olmamasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda yer alan olguların hemen hemen hepsinin (%96,6) bilgisayar oyunları oynadığı gözlenmiş olup, benzer şekilde Kocaeli’nde yapılan bir araştırmada katılımcıların %96,3 nün bilgisayar oyunları oynadığı tespit edilmiştir<sup>303</sup>. Ortaokul ve lise öğrencilerinin dâhil edildiği başka bir çalışmada da katılımcıların hepsinin bilgisayar oyunları oynadığı belirlenmiştir<sup>313</sup>. Arkadaşlar ile birlikte dışarıda ve doğada oynamakta olan geleneksel oyunların yerini, teknolojik gelişmelerin ve küreselleşmenin etkisi ile bilgisayar oyunları almaya başlamıştır<sup>314</sup>. Çalışmamız ve diğer çalışmalardaki bulgular bu bilgiyi desteklemektedir.

Çalışmamızda olguların %54,9’unun ailesinde bilgisayar oyunları oynayan en az bir aile bireyinin olduğu saptandı. 2020 yılında ortaokul öğrencileri ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin %48,7 ‘sinin ailelerinin de kendileri gibi bilgisayar oyunu oynamakta olduğu gözlenmiştir<sup>315</sup>. Ebeveynlerin kişilik özellikleri, seçimleri, hobileri direkt ya da indirek olarak çocuklarını çok fazla etkilemektedir. Ayrıca çocuk gelişiminde ebeveynin rol modeliği önem arz etmektedir. Örneğin; 5-6 yaş çocukların bir konudaki farkındalık ve tutumlarını,

ebeveynlerinin çevreye yönelik davranış, düşünce ve tutumları yordamaktadır  
316

Çalışmamızda olguların %50,9'u 2 yıldan fazla süredir bilgisayar oyunları oynamaktaydı. Bir çalışmada ergenlerin ortalama bilgisayar oyunları oynama süresi 27,7 ay olarak saptanmıştır<sup>317</sup>. DEHB olan ve olmayan çocuklardaki BOB'u inceleyen çalışmada DEHB olgularının yarısının 2 yıldan fazla süredir bilgisayar oyunu oynadığı gözlenmiştir<sup>318</sup>.

Olguların % 43,4'ü günlük 1-2 saat bilgisayar oyunu oynamaktaydı. Bekar'ın DEHB olan çocuklar ile yaptığı araştırmada günlük 1-2 saat oyun oynayanların oranı % 37 idi<sup>318</sup>. Eyimaya ve ark.'ın yaptığı araştırmada çocukların günde 82,59±74,04 dakika dijital oyun oynadığı bulunmuştur<sup>300</sup>. Tayvan'da yapılan 2020 yılında yayınlanan bir çalışmada ise katılımcıların % 52,7 sinin haftalık 25 saatten az oyun oynadığı tespit edilmiştir<sup>319</sup>. Finlandiya'da günlük ortalama 1,8 saat, Kore'de ergenlerle yapılan çalışmada ise günlük 2.1 saat oyun oynadıklarını belirtmişlerdir<sup>178, 320</sup>.

Olgularımızın %52,1'ine aileleri tarafından bilgisayar oyunları oynarken süre sınırı koyulmakta idi. Türkiye'de yapılan çalışmalarda ailelerin büyük çoğunluğunun( %65-%85,5 arasında değişen oranlarda) bilgisayara süre sınırı koyduğunu göstermektedir<sup>315 318</sup>. Ayrıca yıllar geçtikçe ebeveynlerin bu sorunu kontrol etme amaçlı daha fazla sınır koyma girişimlerinin olduğu da görülmektedir<sup>321</sup>. Çalışmamızın sonuçları literatüre göre ailelerin daha az sınır koyduğunu göstermektedir. Mevcut farklılığın çalışma verilerinin toplama sürecinde COVID-19 pandemisinin etkin olması, COVID-19 nedeni okul tatili ve ardından yaz tatili sürecinin gelmesi sosyal izolasyon kısıtlamalarının artması, çocukların evde daha uzun süre vakit geçirmesi ile ilişkili olarak aile dinamiklerinin olumsuz etkilenmesi, artan ebeveyn stresi, azalan tahammül gücü, esneyen kurallar gibi bir çok karmaşık dinamik süreç ile ilintilendirilebilir.

Karagöz'ün yaptığı çalışmada çevrim içi oynayanların oranı %51.1 idi<sup>303</sup>. DEHB tanısı alan ve olmayan olguların karşılaştırıldığı çalışmada, DEHB tanısı olan olgularda çevrim içi oyun oynama oranı %70 olup, grup x çevrimiçi oyun

oynama etkileşimine göre ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı bulunmuştur<sup>318</sup>. 14-18 yaş ergenlerin dahil edildiği bir çalışmada sadece çevrimiçi oyun oynama oranı %29, hem çevrim içi hem çevrimdışı oyun oynama oranı ise 48.4 olarak bulunmuştur<sup>322</sup>. Mihara ve ark. insanların çoğunlukla çevrim içi oyunlara daha eğilimli olduğunu belirtmiştir<sup>323</sup>. Çalışmamızda çevrim içi oyun oynama oran 59,2 olarak tespit edilmiştir. Bir veya daha fazla kişinin genel bir internet ağına bağlanarak aynı anda oynayabildiği ve diğer oyuncularla iletişim kurulmasına imkân tanıyan çevrimiçi oyunların içerisinde rol yapma ve tek kişilik nişancı oyunları gibi gerçeğe yakın kurgulanmış çeşitli oyun türleri bulunmaktadır. Daha fazla çevrim içi oyunların tercih edilme sebepleri arasında bunlar gösterilebilir.

Kredi kartı ile sanal ürünler satın alma oranı çalışmamızda %4,7 idi. İstanbul'da ortaokul öğrencileri ile yapılan çalışmada öğrencilerin %21,5'i internetten oyun satın almakta idi<sup>324</sup>. İstanbul'da lise öğrencileri ile yapılan bir araştırmada ise bu oran %32.3 olarak bulunmuştur<sup>325</sup>. Çalışmalar arasındaki bulunan farklılığın yaşanılan bölge ve dâhil edilen yaş grubu ile ilişkisi olabilir.

İçen'in çalışmasında en çok günün hangi zaman aralığında bilgisayar oynandığını incelemiş ve %27,6'sının 15:00-17:00 saatleri arasında, %35'inin saat 18:00-20:00 arasında oyun oynadığı tespit etmiştir<sup>326</sup>. Çalışmamızda da %43'ü öğle ve sonrasında, %35,2'si akşam saatlerinde oyun oynamakta idi. Bu durum da gösteriyor ki genellikle öğleden sonra ve akşam saatleri tercih edilmektedir. Bizim çalışmamızda bir miktar daha erken saatlerde de (öğle saatleri) oyun oynanması bu süreçte okulların COVID-19 nedeniyle kapalı olmasına ikincil teknolojiye ulaşım kolaylığının artmasına bağlı olabilir.

Çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak<sup>327</sup> olguların büyük bir kısmının (%83) kendi evinde bilgisayar oyunu oynamakta idi. Gelişen teknoloji ile birlikte teknolojik aletlere daha kolay ve daha ucuz erişim imkanı, hanelerde dijital alet bulunma oranını artırmış olup daha çok evlerde bilgisayar oyunu oynanmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda olguların ailelerinin internete yönelik tutumlarını incelediğimizde en sık demokratik aile tutumu görülürken bunu ihmalkâr ve

müsamahakâr aile tutumları takip etmiştir. Literatürde benzer şekilde internete yönelik aile tutumları sıklıkla demokratik, müsamahakâr, otoriter ve ihmalkâr aile tipi şeklinde görülmektedir; ancak yaş ve cinsiyete göre aile tutumları değişkenlik gösterebilmektedir<sup>294, 328 329</sup>. Çalışmalarda ki bu farklılığın kaynağı dâhil edilen katılımcıların yaş, cinsiyet, yaşanılan yer gibi demografik özelliklerinin farklı olması olabilir.

Çalışmamızda olguların bağlanma tiplerine bakıldığında güvensiz bağlanma oranının daha yüksek olduğu gözlemlendi. DEHB olan çocuklarda güvenli bağlanma oranının düşük olduğu bulunmuştur<sup>330</sup>. Başka bir çalışmada da güvensiz bağlanmanın DEHB olan çocuklarda daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. DEHB ve bağlanma arasındaki ilişkiye inceleyen, 29 çalışmanın dâhil edildiği bir derlemede DEHB olan çocuklarda daha fazla güvensiz bağlanma olduğu, güvensiz bağlanma olan çocuklarda ise DEHB semptomlarının daha fazla olduğu rapor edilmiştir<sup>331</sup>.

İnternet oyun oynama bozukluğu ile ilgili 37 adet kesitsel çalışmanın ve 13 adet izlem çalışmasının incelendiği bir derlemede internet oyun oynama bozukluğu sıklığının % 0,7 ile % 27,5 arasında değiştiği rapor edilmiştir<sup>323</sup>. Hong Kong'daki iki ortaokuldan 503 öğrenci ile yapılan araştırmada öğrencilerin, % 94'ünün düzenli olarak video veya internet oyunları oynadığı ve yaklaşık % 16'sının "Oyun Bağımlılığı Ölçeği'ne" (Game Addiction Scale) göre olası oyun bağımlılığı kriterlerini karşıladığı bildirilmiştir<sup>332</sup>. Ülkemizde yapılan 10-15 yaş arası 1019 çocuk ve ergenin dâhil edildiği kesitsel çalışmada, %5,6'sının bilgisayar oyunu bağımlısı olduğu belirlenmiştir<sup>153</sup>. Uluslararası epidemiyolojik bir anket çalışmasında "İnternet Oyun Oynama Bozukluğunun" DSM-V'te tanımlanan tanı kriterleri taranmıştır. 12.938 ergenin dâhil olduğu bu çalışmada, olguların %1,6'sının kriterlerin tamamını karşıladığı, %5,1'inin ise riskli grupta yer aldığı bildirilmiştir<sup>179</sup>. DEHB'li bireyler sıklıkla dikkati sürdürme, uyaran entegrasyonu ve özdenetim eksikliği konularında zorluk yaşamalarından dolayı, bağımlılık açısından sağlıklı kişilere göre daha risklidir<sup>333</sup>. Ancak yapılan çalışmalar arasında çelişkili sonuçlar söz konusudur. Bazı araştırmalar, DEHB olan çocuklarda bilgisayar oyun oynama sıklığı veya süresinde herhangi bir fark olmadığını, bazı araştırmalar ise DEHB olanların yüksek oranda riskli oyun

kullanım oranına sahip olduğunu bulmuştur<sup>15, 333, 334</sup>. DEHB ve kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir çalışmada; DEHB olan grupta oyun bağımlılığı oranı %7,5 ve kompulsif video oyunu kullanma oranı ise % 37,5 olarak bulunmuş olup kontrol grubunda bu oranlar sırasıyla % 9,8 ve % 11,8 olarak gözlenmiştir<sup>333</sup>. Kocaeli’nde ÇBOBÖ ile yapılan değerlendirme sonucunda bilgisayar oyun bağımlılığı sıklığı %3, riskli grup %72,7 olarak bulunmuştur<sup>303</sup>. Bizim çalışmamızda da aynı ölçek kullanılmış olup, alınan puanlara göre yapılan gruplamada DEHB olan çocukların %11,4 ‘ünün bilgisayar oyun bağımlısı olduğu, % 79,4 ‘ünün ise BOB açısından riskli olduğu bulundu. Literatür incelendiğinde oranlar arasında bulunan farklılığın, dâhil edilen gruplar arasındaki yaş aralığı, yaşadığı yer, ek psikiyatrik hastalıklar, kullanılan ölçekler ile kesme değerleri ve kavramsal farklılıktan kaynaklanıyor olabileceği düşünüldü.

Literatürde internet oyun bağımlılığının erkeklerde kızlardan daha fazla görüldüğüne dair tutarlı veriler mevcuttur<sup>323, 335, 336</sup>. Ülkemizde yapılan çalışmaların çoğunda da erkeklerde daha fazla bağımlılık oranı olduğu gözlenmiştir<sup>6, 303, 337-339</sup>. ÇBOBÖ ölçeği kullanılarak ülkemizde yapılan çalışmalarda hem ölçek total puanının hem de alt boyutlarının erkeklerde kız öğrencilere göre oldukça yüksek olduğu bulunmuştur<sup>303, 318</sup>. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde erkeklerde BOB sıklığı ve ÇBOBÖ alt boyutlar-toplam puanları daha yüksek idi. Regresyon analizi sonucuna göre BOB varlığı erkeklerde 9,59 kat fazla idi. Literatürde oyun süresince erkeklerin beyinlerindeki memnuniyet bölgesinin kadınlarınkinden daha fazla aktif olduğu belirlenmiş olup bu durumun erkeklerde daha fazla görülmesinin sebebi olabileceği bildirilmiştir<sup>6</sup>. Literatürde genellikle erkeklerin egemen olduğu oyun topluluklarına kadınların girme olasılıklarının daha düşük olması, oyunların tasarımlarının erkek odaklı temalar (ör. Saldırganlık ve şiddet) içermesi, kadınların daha fazla çevrimiçi cinsel tacize maruz kalma riskinin olması gibi nedenler diğer sebepler arasında belirtilmektedir<sup>340</sup>.

Çalışmamızda yaşanan yer ve oyun bağımlılığı arasında anlamlı ilişki yoktu. 931 lise öğrencisi ile 2017 yılında yapılan araştırmada dijital oyun bağımlılığı ve ikamet edilen yer arasında anlamlı ilişkinin olmadığı gözlemlendi<sup>341</sup>.

Küreselleşme ve gelişen teknolojiden dolayı insanların dijital aletlere ulaşılabilirliği kolaylaşmış ve artmıştır. Bu neden dolayı kırsal ya da kentsel yerleşimde ikamet etmek oyun bağımlılığı açısından fark oluşturmamış olabilir.

Akademik başarı düzeyi ile oyun bağımlılığı arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu literatürde dikkati çekmektedir<sup>142 342</sup>. Aynı veri ülkemizde yapılan bir çalışmayla da desteklenmiştir<sup>300</sup>. Bizim çalışmamızda akademik başarısı orta olan çocukların iyi olanlara göre ÇBOBÖ'ünden alınan toplam puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu durum Çocukların zamanının çoğunu oyun oynamakla geçirdiği ve sorumluluklarını yerine getirmesini engelleyerek akademik başarılarının düşmesine neden olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmamızda oyun bağımlılığı durumu ile çocuğun düzenli ilgilendiği hobiler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Şaşmaz ve ark. hobisi olmayanlarda internet bağımlılığını 2,1 kat daha fazla saptamıştır<sup>343</sup>.

Sosyal ilişki, yalnızlık ile BOB arasında farklı veriler söz konusudur. Bazı çalışmalar sosyal ilişki ve BOB arasında negatif yönlü ilişki bir ilişki olduğunu bildirirken bazı çalışmalar da çok sayıda arkadaşı olanlarda daha fazla BOB saptanmıştır<sup>323, 332, 344</sup>. Ülkemizde yapılan bir çalışmada yalnızlık skoru yüksek olanların BOB toplam puanının yüksek olduğu bulunmuştur<sup>345</sup>. Ülkemizde yapılan diğer iki çalışmada ise oyun bağımlılığı ve yalnızlık arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır<sup>346, 347</sup>. Bizim çalışmamızda da akran ilişkileri ve bilgisayar oyun bağımlılığı arasında anlamlı fark olmaması çalışmamıza yalnızca DEHB tanısı olan olguların dahil edilmesinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda BOB olanlarda, bilgisayar / telefon / tablet ile interneti en sık kullanım amacı oyun oynamak iken; BOB olmayanlarda ise en sık amaç ders çalışma ve bilgi edinme idi. Karagöz'ün yapmış olduğu çalışmada da bizim araştırmamıza benzer şekilde amacı çoğunlukla ders çalışmak ve bilgi edinmek olan grubun BOB ölçeği puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu, oyun oynamak olan grubun ise puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur<sup>303</sup>.

Çalışmamızda evde bilgisayar bulunup bulunmaması, kendine ait bilgisayar varlığı ve kendine ait telefon varlığı ile oyun bağımlılığı arasında

istatistiksel olarak anlamlı fark yok iken kendine ait tableti olanlarda anlamlı olarak daha fazla oranda oyun bağımlılığı vardı. Kendine ait tableti olanlarda oyun bağımlılığı varlığı tableti olmayanlara göre 3,83 kat fazla idi. Ülkemizde yapılan bir araştırmaya göre, bilgisayara sahip olma durumunun oyun bağımlılığında etkisi bulunamamıştır<sup>6</sup>. 4-8. Sınıf öğrencilerinin dâhil edildiği bir araştırmada evlerinde bilgisayar sahibi olan ve olmayanların karşılaştırılmasında; “Bilgisayarda oyun oynamaktan vazgeçememe ve engellendiğinde rahatsız olma” ve “Bilgisayar oyunu oynamayı başka etkinliklere tercih etme” alt boyutlarında anlamlı düzeyde bir fark olduğu gözlenmiştir<sup>4</sup>. Literatürde bilgisayara sahip olma durumunun oyun bağımlılığını artırdığı gösterilmiştir<sup>337, 339</sup>. TÜİK verilerine göre yıllar geçtikçe hane halkı içerisinde tablete sahip olma oranı artarken bilgisayar sahip olma oranı azalmaktadır<sup>348</sup>. Çalışmamızda tablet, telefon, oyun konsolu ve bilgisayar üzerinden, çevirim içi ya da çevirim dışı oynanan oyunlar bilgisayar oyunları olarak değerlendirilmiş olup; bilgisayarın anlamlı çıkmayıp, tabletin anlamlı çıkmış olmasının bu sebeplerden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda telefon, tablet, bilgisayar sahip olma yaşı ile oyun bağımlılığı toplam puanı arasında anlamlı ilişki bulamadık. Çalışmamızdan farklı olarak erken yaşta telefona sahip olmanın oyun bağımlılığını artırdığını belirtmişlerdir<sup>349</sup>. Günümüzde teknoloji çok hızlı gelişmekte ve değişmektedir. Bu nedenden ötürü artık çocuklar çok küçük yaşlarda teknolojik aletlerle tanışmakta ve çok kolay ulaşmaktadır. Çalışmamızla olan farklılık bundan kaynaklanabilir.

Bilgisayar kullanıcılarının bilgisayar becerilerini öğrenme tarzlarına ilişkin yapılan sosyal araştırmada olguların %78'inin bilgisayar becerilerini arkadaşlarından veya ailelerinden öğrendiği saptanmıştır<sup>304</sup>. Ülkemizde yapılan araştırmalarda anne ve/veya babanın bilgisayar oyunu oynayıp oynamaması ile çocuklarda BOB arasında ilişkili olduğu, ebeveynin oyun oynaması durumunda çocuklarının daha fazla oyun oynama davranışı sergiledikleri görülmüştür<sup>312, 350</sup>. Aksini bildiren BOB ve ebeveyn internet kullanım düzeyi arasında ilişki saptanmayan çalışmalar da mevcuttur<sup>351</sup>. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde oyun bağımlılığı olanlarda ailede oyun oynayan birinin varlığı anlamlı olarak daha

fazla idi. Ailesinde benzer şekilde oynayan birine sahip olanlarda oyun bağımlılığı varlığı olmayanlara göre 5,45 kat fazla idi.

Literatür verileri oyun oynama yılı ile bağımlılık arasında pozitif bir ilişki olduğunu saptamıştır<sup>148, 352, 353</sup>. Bizim çalışmamızda da literatür ile tutarlı olarak daha uzun süre bilgisayar oynayan çocukların bağımlılık oranları anlamlı olarak yüksek gelmiştir.

Son yıllarda yapılan bir çalışmada dijital oyun oynama süresine sınır koymayan ailelerin çocuklarının bağımlılığı puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir<sup>354, 315</sup>. Çalışmamızda BOB olanların ailelerin bilgisayar oynarken anlamlı olarak daha az sınır koyduğu, BOB-riskli olan grupta ailelerinin istatistiksel olarak daha fazla sınır koyduğu gözlemlendi. Ailesinde bilgisayar oyunu oynamaya sınır koymayanlarda BOB, sınır koyanlara göre 7,52 kat fazladır.

Çalışmamızda günlük 3 saatten fazla bilgisayar kullananlarda BOB oranı ve ÇBOBÖ'den alınan toplam ve alt boyut puanları anlamlı olarak yüksek idi. Oynama süresi arttıkça ölçek toplam puan ve alt boyut puanlarından anlamlı olarak yüksek puan aldıkları, BOB durumunun günlük bilgisayar oynama süresi ile pozitif ilişkisi olduğu belirtilmiştir<sup>355-357</sup>. Oyun süresi arttıkça oyunda kendini kaptırma ve tüm dikkatini oyuna vermenin arttığını görülmüştür<sup>358</sup>. Lemmens ve ark. geliştirdikleri oyun bağımlılığı ölçeğine oyun oynama süresini ilave etmişlerdir. Bu şekilde süre arttıkça ölçekten alınan puan ve oyun bağımlılığı düzeyi artmaktadır<sup>131</sup>.

Avrupa ülkelerinden 14-17 yaş arası 12938 ergen ile yapılan çalışmada çevrim içi oyun oynama durumunun risk faktörü olduğu belirtilmiştir<sup>179</sup>. Bekar 'ın DEHB olan çocuklar ve sağlıklı kontrollerle yapmış olduğu çalışmasında çevrimiçi oyun oynamanın bilgisayar oyun bağımlılığı düzeyi üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu ÇBOBÖ toplam ve üç alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur<sup>318</sup>. Bizim çalışmamızda bulunan sonuçlar bu bulgulara paraleldir. Çevrim içi oyunlarda kullanıcılar diğer kullanıcılarla birlikte karşılıklı birçok rol üstlenirler ve kendilerini bu şekilde oyuna kaptırırlar. Ek olarak, oyuncular daha uzun süre oynadıkça, oyun becerilerindeki, seviyelerindeki ve paralarındaki iyileştirmelerle (aşırı tazminat) ödüllendirilirler. Rekabeti ve üstünlüğü

destekleyen bu oyun yapılarının, kullanıcıları çevrimiçi oyunlara daha fazla bağımlı hale getirdiği belirtilmiştir<sup>178</sup>.

Literatürde akşamları oyun oynayan ergenlerin BOB puanları anlamlı olarak yüksek olduğu, akşamcılarının daha uzun süre oyun oynadıkları görülmüştür<sup>359, 360</sup>. Araştırmamızda da uyumlu olarak gece oynayanların ÇBOBÖ puanları öğlen ve öğleden sonra oynayanların puanlarından anlamlı olarak daha fazla idi.

Oyun için aylık harcama miktarının bağımlılık düzeyini artıran bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir<sup>325</sup>. ÇBOBÖ ile yapılan araştırmada ise oyun satın alma sıklığının ölçek puanlarını anlamlı olarak yükselttiği gözlenmiştir<sup>324</sup>. Wang ve ark. yapmış olduğu çalışmada ise oyuna para harcama sıklığı ile oyun bağımlılığı arasında pozitif bir ilişki çıkmıştır<sup>332</sup>. Bizde çalışmamızda literatür ile uyumlu sonuçlara ulaştık.

Araştırmada ailenin internete yönelik tutumu ile oyun bağımlılık düzeyi arasında anlamlı fark bulunmuştur. Anlamlı fark, ailesinin internete yönelik tutumunun ihmalkâr ve müsamahakâr tipte olanlar ile demokrat tipte olanlar arasında olduğu, ihmalkâr ve müsamahakâr tutuma sahip ailelerin çocuklarının oyun bağımlılık düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara dayanarak çocukların internet kullanımlarına yönelik serbestliğin artmasının bilgisayar oyun bağımlılığına yol açabileceği yorumu yapılabilir. Literatürde ailelerin internete yönelik tutumları arasında anlamlı fark bulunduğu, ihmalkâr tutum sergileyen ailelerin çocuklarının internet bağımlılığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir<sup>351, 361, 362</sup>. Valcke ve ark. ise 2010 yılında yaptıkları çalışmada müsamahakâr ailelerin çocuklarının daha fazla internet kullandığını, demokratik ailelerin çocuklarının interneti en az kullanan çocuklar olduğunu belirtmiştir<sup>294</sup>. Bu sonuçları göz önünde bulduğunda, bilgisayar kullanımı konusunda ebeveyn tutumlarının daha demokratik olması belirli kural ve sınırların olmasının, bilgisayar bağımlılığına gidişatı önleme açısından koruyucu olabileceği düşünülmektedir.

Literatürü incelediğimizde DEHB ve BOB arasında anlamlı bir ilişki olduğunu söyleyen yayınlar olduğu gibi anlamlı ilişki yoktur diyen yayınlarda

mevcuttur. Ancak BOB ve DEHB arasında anlamlı ilişki olduğunu gösteren yayınlar çoğunluktadır. Bir derlemede, 8 çalışma DEHB ve internet oyun bağımlılığı arasındaki ilişkiyi incelemiş, bunlardan 7'sinde bir ilişki olduğu, 4'ünde büyük, ikisinde küçük birinde orta etkide olduğu bulunurken, bir tanesinde ilişki olmadığı bildirilmiştir<sup>210</sup>. Literatürde DEHB semptom şiddeti ile oyun bağımlılığı ölçek puanlarının pozitif korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtsellik alanlarının hepsinde bu etkinin görülebildiği vurgulanmıştır<sup>146, 363, 198, 364</sup>. Tahiroğlu ve ark. 'nın çalışmasında internet bağımlılığında DEHB'nin bağımsız risk faktörü olduğu bulunmuştur<sup>277</sup>. Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak DEHB puanları ile ÇBOBÖ toplam ve alt boyut puanlarında artış olup yapılan regresyon analizinde DEHB'nin bağımsız bir risk faktörü olduğu bulundu.

Araştırmalarımıza göre literatürde DEHB olan çocuklarda BOB ve bağlanma arasındaki ilişkiyi birlikte inceleyen çalışma yoktur. Madde bağımlılığı ve internet bağımlılığı açısından yüksek riskli ergenlerde güvensiz bağlanma, dikkatsizlik ve dürtüsellik sorunlarının fazla olduğu görülmüştür<sup>271</sup>. Güvensiz bağlanma paterni görülen öğrencilerde daha fazla oyun bağımlılığı görülmektedir. Özellikle de bağlanma paterni açısından kaygılı ve kaçınan bağlanma ön plana çıkmıştır<sup>365-367</sup>. 2017 yılında yayınlanan, ergenlerdeki problemlerle ilgili internet oyunu oynama ile ilgili aile faktörleri üzerine yapılan çalışmaların sistematik incelemesinin yapıldığı derlemede daha düşük kaliteli ilişkilerin, artmış problemi oyun oynama ile ilişkili olduğu bildirilmiştir<sup>265</sup>. Estevez, 2017 yılında 13-21 yaş aralığında 472 katılımcı ile yaptığı çalışmada video oyun bağımlılığı ile güvensiz bağlanma arasında anlamlı ilişki olduğunu bulmuştur<sup>270</sup>. Erken yaşta bağlanma örüntülerinin yetişkin yaşam ilişkilerinin gelişiminde bir etkisi olduğu düşünüldüğünde, internet kullanımının, bağlanma ile yakından ilişkili olan yeni ilişkiler kurma, aidiyet duygusu ve grup kimliği ihtiyaçlarını telafi ettiği ifade edilebilir. Güvensiz bağlanmaya sahip olan bireyler başkalarına güvenmezler ve kişilerarası ilişkilerden kaçınırlar. Davranışsal bağımlılıkları da bu kaçınma kaynaklı eksikliklerini giderecek ve tatmin edecek bir etken olarak kullanırlar. Yani bir birey, çocuklukta kendini seilmeyip ihmal edilmiş hissediyorsa ve olumsuz ilişkiler nedeniyle olumsuz bir benlik kavramı geliştirmişse, potansiyel olarak

bağımlılık yapıcı bir davranışa girerek bundan kaçınmaya çalışabilir<sup>270</sup>. Schimmenti ve ark. klinik bir çerçeve içinde bağlanma kuramının bağımlılık davranışlarının gelişimini aydınlatmaya yardımcı olabileceği ve bağımlılık davranışlarının bağlanma bozuklukları olarak görülebileceğini öne sürmüştür<sup>368</sup>. King ve Delfabbro (2019) da meta-analizlerinde bağlanma stillerinin oyun bağımlılığı için önemli risk faktörleri olduğunu belirtmişlerdir<sup>369</sup>. İnternet üzerinden bir dizi ölçek dolduran 1288 oyuncunun dâhil olduğu çalışmada olumsuz çocukluk deneyimleri, bağlanma stilleri, disosiyasyon ve oyun bozukluğu semptomları arasındaki ilişki araştırılmıştır. Değişkenler arasındaki ayrıntılı ilişkileri incelemek için yapısal eşitlik modellemesi yapılmıştır. Varsayılmış modelde, olumsuz çocukluk deneyimleri, disosiyasyon ve bağlanma ölçeği kaygı alt boyunun oyun bozukluğunun yordayıcıları olarak bulunmuş ve oyun bozukluğunun semptomları için önemli risk faktörleri olarak ilişkilerde yaşanan olumsuz çocukluk deneyimleri, ayrışma ve anksiyete arasında bir bağlantı olduğunu gösterilmiştir<sup>370</sup>. Araştırmamızda oyun bağımlılığı olanlarda güvenli bağlanma oranı diğer bağlanma tiplerine göre anlamlı olarak daha az, kaygılı bağlanma ise yüksek idi. Ölçek puanlarının korelasyonuna baktığımızda kerns güvenli bağlanma ölçeği ile oyun bağımlılığı toplam puanı arasında anlamlı negatif yönlü bir ilişki, Yiye kaçınma ve kaygı alt boyutları ile oyun bağımlılığı toplam puanları arasında anlamlı pozitif yönlü ilişki vardı. Kerns toplam puanındaki bir birim artış oyun bağımlılığı varlığını 0,92 kat azaltmakta idi. YİYE'ye göre bağlanma tipi korkulu-kaçıngan olanlarda oyun bağımlılığı varlığı güvenli olanlara göre 12,32 kat, kaygılı bağlananlarda ise güvenli bağlananlara göre 19,17 kat daha fazla idi.

### **5.1.Kısıtlılıklar**

- Bağlanma tipinin yarı yapılandırılmış bir görüşme olmadan, YİYE ölçeği kullanılarak belirlenmiş olması.
- BOB-VAR, BOB-RİSKLİ, BOB-YOK gruplarına düşen örneklem sayısının görece az olması.
- Kesitsel bir ölçek çalışması olması nedeniyle hatırlama ve bildirim yanlılığı olasılığı

- Olguların ilaç tedavisi almamış DEHB tanısı olan ergenler tarafından doldurulmasından ötürü katılımcıların bazılarının ölçek sorularına acele ya da yanlış cevap vermiş olma olasılığı
- Araştırmanın tek merkezli yapılmış olması.
- Çalışmamızın kesitsel tarzda bir çalışma olmasından dolayı oyun bağımlılığıyla anlamlı ilişkisi olan faktörlerin oyun bağımlılığının bir nedeni mi yoksa oyun bağımlılığının bir sonucu mu olduğunun kesin yorumunun yapılamaması.



## 6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

1. Çalışmamızda yer alan olguların E/K oranı 2 2,3/1 idi.
2. Güvenli bağlanma oranı %36,6 idi.
3. DEHB olan çocukların %11,4 'ü bilgisayar oyun bağımlısı, % 79,4'ü ise BOB açısından riskli idi.
4. Bilgisayar oyun bağımlılığı regresyon analizi sonucuna göre erkeklerde kızlara göre 9,59 kat fazla idi
5. Akademik başarısı orta olan çocukların iyi olanlara göre ÇBOBÖ'nden alınan toplam puanları daha yüksek idi.
6. Evde bilgisayar bulunup bulunmaması, kendine ait bilgisayar varlığı ve kendine ait telefon varlığı ile oyun bağımlılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yok iken kendine ait tableti olanlarda anlamlı olarak daha fazla oranda oyun bağımlılığı vardı.
7. Kendine ait tableti olanlarda oyun bağımlılığı varlığı tableti olmayanlara göre 3,83 kat fazlaydı.
8. Bilgisayar oyun bağımlılığı olanlarda, bilgisayar / telefon / tablet ile interneti en sık kullanım amacı oyun oynamak iken; bilgisayar oyun bağımlılığı olmayanlarda ise en sık amaç ders çalışma ve bilgi edinme idi.
9. Daha uzun süre (yıl) bilgisayar oynayan çocukların bağımlılık oranları anlamlı olarak yüksek idi.
10. Günlük 3 saatten fazla bilgisayar kullananlarda oyun bağımlılığı oranı ve ÇBOBÖ'nden alınan toplam ve alt boyut puanları anlamlı olarak yüksek idi.
11. Çevrimiçi oyun oynayanların ÇBOBÖ toplam ve alt boyut puanları anlamlı olarak daha yüksek idi.
12. Gece oyun oynayanların ÇBOBÖ puanları öğlen ve öğleden sonra oynayanların puanlarından anlamlı olarak daha fazla idi.
13. Ailesinde benzer şekilde oynayan birine sahip olanlarda oyun bağımlılığı varlığı olmayanlara göre 5,45 kat fazla idi.
14. İnternette sanal harcama yapanların ÇBOBÖ oyun bağımlılığı puanları anlamlı olarak daha yüksek idi.
15. Ailesinde sınır koymayanlarda oyun bağımlılığı, sınır koyanlara göre 7,52 kat fazlaydı.

16. Aile internet tutum ölçeği alt boyutları ile ÇBOBÖ toplam puanı arasında negatif ilişki vardı.
17. ÇBOBÖ Alt Boyutları ve toplam puanı ile aile tipleri arasında anlamlı ilişki olup, müsamahakâr ve ihmalkâr ailelerin çocuklarının ÇBOBÖ puanları daha yüksek idi.
18. T-de puanındaki bir birim artış oyun bağımlılığı varlığını 1,19 kat artırmakta idi. T-db puanındaki bir birim artış oyun bağımlılığı varlığını 1,26 kat artırmakta idi. T-total puanındaki bir birim artış oyun bağımlılığı varlığını 1,06 kat artırmakta idi.
19. BOB olanlarda en az görülen bağlanma tipi güvenli bağlanma idi.
20. Kerns güvenli bağlanma ölçeği ile oyun bağımlılığı toplam puanı arasında anlamlı ters ilişki vardı. Kerns puanındaki 1 birimlik artış, oyun bağımlılığı varlığı 0.92 kat azaltmaktadır
21. YİYE kaçınma ve kaygı alt boyutları ile oyun bağımlılığı toplam puanları arasında anlamlı pozitif ilişki vardı.
22. YİYE bağlanma tipi korkulu- kaçınan olanlarda oyun bağımlılığı varlığı güvenli olanlara göre 12,32 kat fazlaydı.
23. YİYE bağlanma tipi kaygılı bağlananlarda güvenli bağlananlara göre oyun bağımlılığı varlığı güvenli olanlara göre 19.17 kat daha fazlaydı.

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar göstermektedir ki önlenebilir veya tedavi ile kontrol altına alınabilir birçok faktör BOB için yordayıcı olmaktadır. Özellikle BOB gelişiminde ciddi etkisi olabilen bağlanma sorunları DEHB tanılı bireylerde BOB gelişimi açısından klinik muayenede atlanmamalı ve detaylı irdelenmelidir. Ayrıca dikkat eksikliği, davranım bozukluğu belirtilerinin yanı sıra DEHB şiddetinin de bağımsız olarak oyun bağımlılığına etkisi olduğu gösterilmiştir. Ebeveynlerin sınır koyamama sorunları ve olumsuz rol model olarak oyun oynayan ebeveyn varlığı da önemli risk faktörleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu hususlar müdahale edilmesi gereken temel noktalar olarak ortaya çıkmaktadır. Çalışmamız DEHB tanılı olgularda BOB'u engelleyecek tedbirlerin alınmasına, DEHB ve komorbid BOB olan olguların özelliklerinin saptanmasına, bu hasta grubuna özelleşmiş takip ve tedavi programlarının oluşturulmasına ön bilgi sağlayabilir. Bu bağlamda mevcut verilerin kapsamlı ileriye yönelik uzunlamasına çalışmalar ile desteklenmesi gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Kitabı, Beşinci baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı. (çeviren E Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2013.
2. Mukaddes NM. Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar. Nobel Tıp Kitabevleri, 2015.
3. Aksoy AB ve Çiftçi HD. Erken Çocukluk Döneminde Oyun.(1.baskı). Ankara: Pegem Akademi. (2014).
4. Güllü M, Arslan C, Dünder A, Murathan F. İlköğretim öğrencilerinin bilgisayar oyun bağımlılıklarının incelenmesi. ADYÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Derg 2012; 9: 89-100.
5. Horzum MB, Ayas T, Çakır Balta Ö. Çocuklar için bilgisayar oyun bağımlılığı ölçeği. Türk PDR Derg 2008; 3: 76-88
6. Horzum MB. İlköğretim öğrencilerinin bilgisayar oyunu bağımlılığı düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Eğitim ve Bilim. 2011; 36(159), 56-68.
7. Hur MH. Demographic, habitual, and socioeconomic determinants of Internet addiction disorder: an empirical study of Korean teenagers. Cyberpsychol Behav. 2006;9:514–525.
8. Griffiths MD. A “components” model of addiction within a biopsychosocial framework. J Subst Use. 2005;10:191–197.
9. Hamilton CE. Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. Child Development 2000; 7:690-694.
10. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall SN. (2014). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Psychology Press: Newyork.
11. Nakash-Eisikovits O, Dutra L, Westen D. Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002; 41:1111-1123

12. Görgün S, Tiryaki A, Topbaş M. Üniversite öğrencilerinde madde kullanma ve anne babaya bağlanma biçimleri. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2010; 11:305-312.
13. Jacobsen T, Huss M, Fendrich M, Kruesi MJ, Ziegenhain U. Children's ability to delay gratification: longitudinal relations to mother-child attachment. *J Genet Psychol.* 1997;158(4):411-426.
14. Vadlin S, Aslund C, Hellström C and Nilsson KW. Associations between problematic gaming and psychiatric symptoms among adolescents in two samples. *Addictive Behaviors.* 2016; 61, 8-15.
15. Bioulac S, Arfi L and Bouvard MP. Attention deficit/hyperactivity disorder and video games: A comparative study of hyperactive and control children. *European Psychiatry.* 2007; 23,134-141. doi:10.1016/j.eurpsy.2007.11.002.
16. Taş İ. The Pattern of Relationship between Attachment Styles, Gaming Addiction and Empathetic Tendency among Adolescents. *Eurasian Journal of Educational Research.* 2019; 19(83), 125-144.
17. Storebo OJ, Glud C, Winkel P, Simonsen E. Social-skills and parental training plus standard treatment versus standard treatment for children with ADHD—the randomised SOSTRA trial. *PLoS One.* 2012;7(6):e37280.
18. Clarke L, Ungerer J, Chahoud K, Johnson S, Stiefel I. Attention Deficit Hyperactivity Disorder is Associated with Attachment Insecurity. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2002;7(2):179–198.
19. Acosta MT, Arcos-Burgos M, Muenke M. Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. In: Berntson GG, Cacioppo JT. *Handbook of Neuroscience for the Behavioral Sciences.* Hoboken NJ: John Wiley & Sons Ltd, 2009: 1029-1042.
20. Hippocrates. Aphorisms. In *The Genuine Works of Hippocrates.* London: The Sydenham Society, 1849.
21. Barkley RA, Peters H. The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of "attention deficit" (Mangel der Aufmerksamkeit, *Attentio Volubilis*). *J Atten Disord* 2012; 16:623-630.

22. Weikard MA. Der Philosophische Arzt. Reprinted: Nabu Press, 2013.
23. Martinez-Badía J, Martinez-Raga J. Who says this is a modern disorder? The early history of attention deficit hyperactivity disorder. *World J Psychiatry* 2015; 5:379-86.
24. Palmer E, Finger S. An early description of ADHD (inattentive subtype): Dr Alexander Crichton and 'Mental Restlessness'(1798). *Child Psychology and Psychiatry Review* 2001; 6:66-73.
25. Crichton A. An inquiry into the nature and origin of mental derangement: comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passion and their affects. London: T. Cadell & W. Davies, 1798.
26. Thome J, Jacobs K. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book. *European Psychiatry* 2004; 19:303-306.
27. Öncü B. Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğunun Tarihçesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics* 2012; 5:1-7.
28. Hoffman H. [Der Strulwelpeter], Lustige Geschichten und drollige Bilder. Frankfurt am Main 1845.
29. Schachar RJ. Hyperkinetic Syndrome: Historical development of the concept. *The Overactive Child*. Taylor EA (ed). Spastics International Medical Publications, 1986: 19-41.
30. Thorley G. Hyperkinetic syndrome of child, clinical characteristics. *Br J Psychiatry* 1984; 144:16-34.
31. Still GF. The Goulstonian Lectures. Some abnormal psychical conditions in children 1902; 1008-1012.
32. Moriyama TS, Cho AJM, Verin RE, Fuentes J, Polanczyk GW. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Rey JM. *IACAPAP e – Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2012.

33. Reid AH, McCall S, Henry JM, Taubenberger JK. Experimenting on the past: the enigma of von Economo's encephalitis lethargica. *J Neuropathol Exp Neurol* 2001; 60(7):663-70.
34. Clements SD, Peters JE. Minimal brain dysfunctions in the school-age child: diagnosis and treatment. *Archives of General Psychiatry* 1962; 6(3):185-197.
35. Motavallı N. Kentsel kesimde Türk ilkokul çocuklarında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun nozolojik bağlamda prevalansının araştırılması. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, 1994.
36. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-II).2. Ed. Washington: American Psychiatric Association, 1968.
37. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed). Author: Washington, DC, 1980.
38. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised 3rd Edition, USA: American Psychiatric Association, Washington DC, 1987.
39. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, USA: American Psychiatric Association, Washington DC, 1994.
40. American Psychiatric Association. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders DSM IV-TR Fourth Edition (Text Revision). Washington DC, 2000.
41. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20:386–92.
42. Willcutt EG. The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics* 2012; 9:490–9.
43. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics* 2015; 135:e994–1001.

44. Erşan EE, Doğan O, Doğan S, Sümer H. The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13:354–61.
45. Gul N, Tiryaki A, Kultur SEC, Topbas M, Ak I. Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Comorbid Disruptive Behavior Disorders Among School Age Children in Trabzon. *Klin Psikofarmakol Bülteni-Bulletin Clin Psychopharmacol* 2010; 20:50–6.
46. Ercan ES, Kandulu R, Uslu E, Ardic UA, Yazici KU, Basay BK, Aydin C, Rohde LA. Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: A 4-year longitudinal study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2013; 7:1–10.
47. Ercan ES, Polanczyk G, Akyol Ardic U, et al. The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). *Nord J Psychiatry* 2019; 73:132–40.
48. Hechtman L. *Comprehensive Textbook of Psychiatry* In: Saddock BJ, Saddock VA (eds.). USA: Lippincott Williams and Wilkins, 2005:2679-2692.
49. Faraone SV, Biederman J. Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Biological psychiatry* 1998; 44(10):951-958.
50. İmren GS. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocuk ve ergenlerin kardeşlerinde DEHB belirtileri, duygusal, davranışsal sorunlar ve psikopatoloji (Uzmanlık tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul, 2010.
51. Aydın H, Diler RS, Yurdagül E, Uğuz Ş, Şeydaoğlu G. DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde DEHB oranı. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2006; 9:70-74.
52. Faraone SV, Biederman J. Nature, nurture, and attention deficit hyperactivity disorder. *Dev Rev* 2000; 20:568-581.
53. Asherson P, Consortium I. Attention-deficit hyperactivity disorder in the post-genomic era. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13:50-70.
54. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, Sklar P. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2005; 57:1313-1323.

55. Sprich S, Biederman J, Crawford MH, Mundy E, Faraone SV. Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:1432-7.
56. Faraone SV. Dopamine D4 gene 7-repeat allele and attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry* 1999; 156(5):768-770.
57. Banaschewski T, Becker K, Scherag S, Franke B, Coghill D. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010; 19:237-257.
58. Ercan ES, Mukaddes NM, Yazgan Y, Akay AP, Gündoğdu ÖY. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Psikiyatrisi Temel Kitabı. 2. baskı, Ankara: Hyb, 2016.
59. Rohde LA, Halpern R. Recent advances on Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal de Pediatria* 2004; 80(2):61-70.
60. Castellanos FX, Rapoport JL. Etiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 1992; 1(2):373-84.
61. Akay A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Etiyopatogenez, Türkiye Klinikleri *J Ped. Sci* 2010; 6(2):6-14.
62. Sagvolden T, Johansen EB, Aase H, Russell VA. A dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predominantly hyperactive-impulsive and combined subtypes. *Behavioral and Brain Sciences* 2005; 28:397-408.
63. Dewey D, Kaplan BJ, Crawford SG, Wilson BN. Developmental coordination disorder: associated problems in attention, learning, and psychosocial adjustment. *Human movement science* 2002; 21(5):905-918.
64. Stahl SM. Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications. 4 th ed, Cambridge University press; 2013.
65. Prince J. Catecholamine dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder: an update. *J Clin Psychopharmacol* 2008; 28:S39-45.

66. Perlov E, Philipsen A, Matthies S, Drieling T, Maier S, Bubl E, Hesslinger B, Buechert M, Henning J, Ebert D, Tebartz Van Elst L. Spectroscopic findings in attention-deficit/hyperactivity disorder: review and meta-analysis. *World J Biol Psychiatry* 2009; 10:355-65.
67. Türkbay T, Akın R, Söhmen T. A comparative study inattentiveness, hyperactivity, impulsivity, self-esteem, depressive symptomatology, and behavioral problems in epileptic children. *Bull Clin Psychopharmacol* 2000; 10:9-15.
68. Şenol S, İşeri E, Koçkar A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Hekimler Yayın Birliği, Ankara* 2005:5-60.
69. Hynd GW, Semrud-Clikeman M, Lorys AR, Novey ES, Eliopoulos D. Brain morphology in developmental dyslexia and attention deficit disorder/hyperactivity. *Arch Neurol* 1990; 47(8):919-926.
70. Filipek PA, Semrud-Clikeman M, Steingard RJ, Renshaw PF, Kennedy DN, Biederman J. Volumetric MRI analysis comparing subjects having attention-deficit hyperactivity disorder with normal controls. *Neurology* 1997; 48(3):589-601.
71. Emond V, Joyal C, Poissant H. Structural and functional neuroanatomy of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Encephale* 2009; 35:107-114.
72. Castellanos FX, Acosta MT. The neuroanatomy of attention deficit/hyperactivity disorder. *Rev Neurol* 2004; 38:131-136.
73. Shaw P, Lerch J, Greenstein D, et al. Longitudinal mapping of cortical thickness ve clinical outcome in children and adolescent with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63:540-549.
74. Shaw P, Eckstrand K, Sharp W, Blumenthal J, Lerch JP, Greenstein D, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proc Natl Acad Sci USA* 2007; 104:19649-19654.
75. Jian-zhe W, Jiang T, Cao Q, Wang Y, et al. Characterizing anatomic differences in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder with the use of

deformation-based morphometry. *American Journal of Neuroradiology* 2007; 28(3):543-547.

76. Booth JE, Carlson CL, Tucker DM. Performance on a neurocognitive measure of alerting differentiates ADHD combined and inattentive subtypes: A preliminary report. *Archives of Clinical Neuropsychology* 2007; 22(4):423-432.

77. Hart H, Radua J, Mataix-Cols D, Rubia K. Meta-analysis of fMRI studies of timing in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Neurosci Biobehav Rev* 2012; 36(10):2248-2256.

78. Zametkin AJ, Nordahl TE, Gross M, King C, Semple WE, Rumsey J, et al. Cerebral Glucose Metabolism in Adults with Hyperactivity of Childhood Onset, *N Engl J Med* 1990; 323:1361-1366.

79. Kim BN, Lee JS, Shin MS, et al. Regional cerebral perfusion abnormalities in attention deficit/hyperactivity disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 2002; 252(5):219-225.

80. Öner Ö, Aysev A, Küçük Ö, et al. SPECT in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder Before and After Methylphenidate Treatment. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health* 2000; 7(3):153-159.

81. Kim BN, Lee JS, Cho SC, et al. Methylphenidate increased regional cerebral blood flow in subjects with attention deficit/hyperactivity disorder. *Yonsei Medical Journal* 2001; 42(1):19-29.

82. Ashtari M, Kumra S, Bhaskar SL, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a preliminary diffusion tensor imaging study. *Biological psychiatry* 2005; 57(5):448-455.

83. Silk TJ, Vance A, Rinehart N, et al. White-matter abnormalities in attention deficit hyperactivity disorder: a diffusion tensor imaging study. *Human brain mapping* 2009; 30(9):2757-2765.

84. Monastra VJ. Quantitative electroencephalography and attention-deficit/hyperactivity disorder: implications for clinical practice. *Current Psychiatry Reports* 2008; 10:432-438.

85. Zappitelli M, Pinto T, Grizenko N. Pre-, peri-, and postnatal trauma in subjects with attention-deficit hyperactivity disorder. *Can J Psychiatry* 2001; 46(6):542-548.
86. Boris M, Mandel FS. Foods and additives are a common causes of the ADHD in children, *Annals of Allergy* 1994; 72(5):462-467.
87. Cantwell DP. Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:978-986.
88. Wender PH, Garfinkel BD et al. Attention deficit hyperactivity disorder. In Kaplan HI, Sadock BJ (eds), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore, Williams and Wilkins 1989; 1831.
89. Turgay A. Erişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB): sınıflandırma, tanı ve tedavide yenilikler. *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları* 1998; 459-494.
90. Coghill D, Banaschewski T. The genetics of attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Expert Rev Neurother* 2009; 9:1547-65.
91. Famularo R, Kinscherff R, Fenton T. Psychiatric diagnoses of maltreated children: Preliminary findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31:863-7.
92. McLeer SV, Callaghan M, Henry D, Wallen J. Psychiatric disorders in sexually abused children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33:313-9.
93. Biederman J, Milberger S, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E, et al. Family-environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. A test of Rutter's indicators of adversity. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:464-70.
94. Weiss G. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In: Lewis M, editor. *Child and Adolescent Psychiatry*. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins. 1996:544-563.
95. McLaughlin KA, Sheridan MA, Winter W, Fox NA, Zeanah CH, Nelson CA. Widespread Reductions in Cortical Thickness Following Severe Early Life Deprivation: A Neurodevelopmental Pathway to Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biol Psychiatry* 2014; 76(8):629–638.

96. Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE Jr, Williams SH, Baumann BL, Kipp H, et al. Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Dev Psychol* 2007; 43:70-82.
97. Pliszka S. AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2007; 46(7):894-921.
98. <https://iacapap.org/content/uploads/D.1-ADHD-2020.pdf> erişim tarihi: 15.06.2020.
99. Canadian Attention Deficit Disorder Resource Alliance (CADDRA). Canadian ADHD Practice Guideline, 3rd Edition, 2011.
100. Spencer TJ. ADHD and comorbidity in childhood. *J Clin Psychiatry* 2006; 8:27-31.
101. Connor DF, Edwards G, Fletcher KE, Baird J, Barkley RA, Steingard RJ. Correlates of comorbid psychopathology in children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42:193-200.
102. Jensen CM, Steinhausen HC. Comorbid mental disorders in children and adolescents with ADHD in a large nationwide study. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2015, 7.1: 27-38.
103. Reale L, Bartoli B, Cartabia M, Zanetti M, Costantino MA, Canevini MP, Termine C, Bonati M; Lombardy ADHD Group. Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *European child & adolescent psychiatry* 2017; 26(12):1443-57.
104. Connor DF, Steeber J, McBurnett K. A review of attention-deficit/hyperactivity disorder complicated by symptoms of oppositional defiant disorder or conduct disorder. *J Dev Behav Pediatr* 2010; 31:427-440.
105. Lahey BB, Miller TL, Gordon RA, Riley A. Developmental epidemiology of the disruptive behavior disorders. In H. Qusy & A. Hogan (Eds.) *Handbook of the disruptive behavior disorders*, New York Plenum 1999:23-48.

106. Burke JD, Loeber R, Birmaher B. oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: a review of the past 1 years, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 11:1275-1293.
107. Biederman J, Newcorn J. " Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders": Reply. 1992.
108. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. 3rd ed. New York: Guilford Press, 2006.
109. Sciberras E, Lycett K, Efron D, Mensah F, Gerner B, Hiscock H. Anxiety in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics* 2014; 133(5):801-8.
110. Topçu Z. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan Çocuk ve Ergenlerde Obsesif Kompulsif Belirtilerin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul. 2004.
111. Gillberg C. ADHD and its many associated problems. Oxford University Press. 2014.
112. Rickel AU, Brown RT. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adults. 1st Ed, Germany, Hogrefe Huber Publishers. 2007:1-57.
113. Modesto-Lowe V, Danforth JS, Neering C, Easton C. Can we prevent smoking in children with ADHD: a review of the literature. *Conn Med* 2010; 74:229-236.
114. Kousha M, Shahrivar Z, Alaghband-rad J. Substance use disorder and ADHD: is ADHD a particularly "specific" risk factor?. *Journal of attention disorders* 2012; 16(4):325-332.
115. Levy S, Katusic SK, Colligan RC, Weaver AL, Killian JM, Voigt Rg, Barbaresi WJ. . Childhood ADHD and risk for substance dependence in adulthood: a longitudinal, population-based study. *PLoS One (Electronic Journal)* 2014; 9(8): e105640. Erişim: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0105640> .
116. Barkley RA. Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Journal of Clinical Psychiatry* 2002; 63:36-43.

117. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Committee on Quality Improvement. Clinical Practice guideline: Treatment of the school-aged child with attentiondeficit/hyperactivity disorder. Pediatrics 2001; 108:1033-44.
118. Atkinson M, Hollis C. NICE guideline: attention deficit hyperactivity disorder. Archives of disease in childhood-Education & practice edition 2010; 95(1):24-27.
119. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. Kaplan and Sadock's concise textbook of child and adolescent psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins, 2009.
120. Aysev AST, Işık Y. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. 2006.
121. Heal DJ, Pierce DM. Methylphenidate and its isomers: their role in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder using a transdermal delivery system. CNS drugs 2006; 20(9):713-38.
122. The MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry 1999; 56:1073-86.
123. Türk Dil Kurumu. Büyük Türkçe Sözlük. [www.tdk.gov.tr](http://www.tdk.gov.tr). Erişim tarihi: 17.08.2020.
124. Yavuzer, H. Çocuk Psikolojisi. Ankara: Remzi Kitabevi. 2010.
125. Öğretir AD. Oyun ve Oyun Terapisi. Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi. 2008;(22):94-100.
126. Hazar Z ve Tekkurşun Demir G. (). Ortaokul Öğrencilerinin Geleneksel Oyun Ve Dijital Oyun Algılarının İncelenmesi: Karşılaştırmalı Metafor Çalışması. Spormetre. 2017; 15(4), 179-190.
127. Kirriemuir J. (2006). A History of dijital games. In J. Rutter, & J. Bryce, (Eds.), Aggression: Theoretical and emprical rewievs, (pp.21-35). London: Sage Publications Inc.
128. Overmars M. (2012). A brief history of computer games. Department of Information and Computing Sciences, Faculty of Science, Utrecht University.

Erişim adresi:

[https://www.stichtingspel.org/sites/default/files/history\\_of\\_games.pdf](https://www.stichtingspel.org/sites/default/files/history_of_games.pdf).

129. Hazar K. Lise Öğrencilerinde İnternet ve Bilgisayar Oyun Bağımlılığının Spora Katılım Düzeyi ve Bazı Değişkenler ile İlişkisinin Araştırılması. Niğde Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi: Niğde (2014).

130. Wood RTA. Problems with the concept of video game “addiction”: Some case study examples. International Journal of Mental Health and Addiction. 2008; 6, 169-178.

131. Lemmens JS, Valkenburg PM, Peter J. Development and validation of a game addiction scale for adolescents. Media Psychology. 2012; 12(1), 77-95. .

132. Sim T, Gentile D A, Bricolo F, Serpollini G, Gulamoydeen F. A conceptual review of research on the pathological use of computers, video games, and the Internet. International Journal of Mental Health and Addiction. 2012;10:748–769.

133. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 5th Edition (DSM-V). 2013, Washington DC: American Psychiatric Association page 795-798.

134. <https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentiy%2f1448597234> erişim tarihi 19.08.2020.

135. Kirriemuir J. (2002). Video Gaming, Education and Digital Learning Technologies. D-Lib Magazine February 2002. 8(2). <http://www.dlib.org/dlib/february02/kirriemuir/02kirriemuir.html> adresinden 18.08.2020 tarihinde erişilmiştir.

136. Soper W B, Miller M J. Junk-time junkies: an emerging addiction among students. Sch Couns. 1983;31:40–43.

137. Shotton M. Computer Addiction? A Study of Computer Dependency. London, UK: Taylor and Francis; 1989.

138. Griffiths MD, Kuss DJ. and King DL. Video Game Addiction: Past, Present and Future. Current Psychiatry Reviews; 2012; 8(4), 308-318.

139. Fisher S and Griffiths M. Current trends in slot machine gambling: Research and policy issues. *Journal of Gambling Studies*. 1995;11(3), 239-247.
140. Griffiths MD. Amusement machine playing in childhood and adolescence: A comparative analysis of video games and fruit machines. *Journal of adolescence*, 1991; 14(1): p. 53-73.
141. Salguero, R.A.T. ve Moran, R.M.B. Measuring Problem Video Game Playing in Adolescents. *Addiction*. 2002;97:1601-1606.
142. Chiu S, Lee J Z, Huang D H. Video Game Addiction in Children and Teenagers in Taiwan. *Cyberpsychology & Behavior*. 2004;7(5):571-581.
143. Griffiths MD. Conceptual Issues Concerning Internet Addiction and Internet Gaming Disorder: Further Critique on Ryding and Kaye. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 2017;1-7.
144. Sherry J, Lucas K. 2003-05-27. "Video Game Uses and Gratifications as Predictors of Use and game Preference" Paper presented at the annual meeting of the International Communication Association, Marriott Hotel, San Diego, CA Online <.PDF>. 2009-05-26 from [http://www.allacademic.com/meta/p111471\\_index.html](http://www.allacademic.com/meta/p111471_index.html).
145. Müller KW, Ammerschläger M, Freisleder FJ, Beutel ME, Wölfling K. [Addictive Internet use as a comorbid disorder among clients of an adolescent psychiatry – prevalence and psychopathological symptoms]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2012; 40: 331–7.
146. Paulus FW, Sinzig J, Mayer H, Weber M, von Gontard A. Computer gaming disorder and ADHD in young children—a population-based study. *Int J Ment Health Addict* 2017 Nov 30; 16(5), 1193-1207.
147. Choo H, Gentile DA, Sim T, Li D, Khoo A, Liau AK. Pathological video-gaming among Singaporean youth. *Ann Acad Med Singapore* 2010; 39: 822–9.
148. Gentile D. Pathological video-game use among youth ages 8 to 18: a national study. *Psychol Sci*. 2009; 20: 594–602.
149. Festl R, Scharkow M, Quandt T. Problematic computer game use among adolescents, younger and older adults. *Addiction*. 2013;108:592–599.

150. Kuss DJ. Internet gaming addiction: current perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*. 2013; 6, 125-137.
151. Porter G, Starcevic V, Berle D, et al. Recognizing problem video game use. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2010;44:120–128.
152. Keser H, Esgi N. An analysis of self-perceptions of elementary school students in terms of computer game addiction. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2012; 46: 247-51.
153. Karaca S, et al. Investigating the Association Between Computer Game Addiction and Social Anxiety in Secondary School Students. *Clinical and Experimental Health Sciences*. 2016; 6: p. 14-19.
154. [https://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/komisyon\\_tutanaklari.goruntule?pTutanakId=2114](https://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/komisyon_tutanaklari.goruntule?pTutanakId=2114). Erişim tarihi: 15.08.2020.
155. Mentzoni et al. Problematic Video Game Use: Estimated Prevalence and Associations with Mental and Physical Health 2011;14:10.
156. Hartmann T, Klimmt C. Gender and computer games: Exploring females' dislikes. *Journal of Computer-Mediated Communication* 2006;11(4).
157. Paulus FW, et al. Internet gaming disorder in children and adolescents: a systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 2018. 60(7): p. 645-659.
158. Kuss DJ, Griffiths MD. Internet Gaming Addiction: A Systematic Review of Empirical Research. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2012; 10, 278-296.
159. Kuss DJ, Griffiths MD. Internet and Gaming Addiction: A Systematic Literature Review of Neuroimaging Studies. *Brain Sciences*. 2012; 2, 347-374.
160. Ko CH, Liu GC, Hsiao S, et al. Brain activities associated with gaming urge of online gaming addiction. *J Psychiatr Res* 2009; 43:739–47.
161. Han DH, Bolo N, Daniels MA, Arenella L, Lyoo IK, Renshaw PF. Brain activity and desire for Internet video game play. *Compr Psychiatry* 2011; 52:88–95.

162. Zhang JT, Yao YW, Li CSR, et al. Altered resting-state functional connectivity of the insula in young adults with Internet gaming disorder. *Addict Biol* 2016; 21:743–51.
163. Farb NAS, Anderson AK, Segal Z V. The Mindful Brain and Emotion Regulation in Mood Disorders. *Can J Psychiatry* 2012; 57:70–7.
164. Weinstein A, Livny A, Weizman A. New developments in brain research of internet and gaming disorder. *Neurosci Biobehav Rev* 2017; 75:314–30.
165. Lee D, Lee J, Yoon KJ, Kee N, Jung Y-C. Impaired anterior insular activation during risky decision making in young adults with internet gaming disorder. *Neuroreport* 2016; 27:605–9.
166. DONG G, HUANG J, DU X. Enhanced reward sensitivity and decreased loss sensitivity in Internet addicts: an fMRI study during a guessing task. *Journal of psychiatric research*, 2011, 45.11: 1525-1529.
167. Lin X, Dong G, Wang Q, Du X. Abnormal gray matter and white matter volume in “Internet gaming addicts”. *Addict Behav* 2015; 40:137–43.
168. Ko CH, Hsieh TJ, Wang PW, et al. Altered gray matter density and disrupted functional connectivity of the amygdala in adults with Internet gaming disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2015; 57:185–92.
169. Öztürk Ö, Odabaşoğlu G, Eraslan D, Genç Y, Kalyoncu ÖA. İnternet bağımlılığı: Kliniği ve tedavisi, *Bağımlılık Dergisi*. 2007; 8:36–41.
170. Blum K, Braverman ER, Holder JM, Lubar JF, Monastra VJ, Miller D, Lubar JO, Chen TJH, Comings DE. The Reward Deficiency Syndrome: A Biogenetic Model for the Diagnosis and Treatment of Impulsive, Addictive and Compulsive Behaviors. *J Psychoactive Drugs* 2000; 32:1–112.
171. Lorenz RC, Gleich T, Gallinat J and Kühn S. Video game training and the reward system. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2015; 9(40).
172. Tian M, Chen Q, Zhang Y, Du F, Hou H, Chao F, Zhang H. PET imaging reveals brain functional changes in internet gaming disorder. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 2014; 41:1388–97.

173. Han DH, Lee YS, Yang KC, et al. Dopamine genes and reward dependence in adolescents with excessive internet video game play. *Journal of Addiction Medicine*. 2007; 1(3),133-138.
174. Lee YS, Han DH, Yang KC, et al. Depression like characteristics of 5HTTLPR polymorphism and temperament in excessive internet users. *Journal of Affective Disorders*. 2008; 109(1-2), 165-169.
175. Laconi S, Pires S. and Chabrol H. Internet gaming disorder, motives, game genres and psychopathology. *Computers in Human Behavior*. 2017; 75, 652-659.
176. Kneer J, Rieger D, Ivory JD and Ferguson C. Awareness of Risk Factors for Digital Game Addiction: Interviewing Players and Counselors. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2014; 12, 585-599.
177. Snodgrass JG, Dengah HJF, Lacy MG, Fagan J. A formal anthropological view of motivation models of problematic MMO play: achievement, social, and immersion factors in the context of culture. *Transcult Psychiatry*. May 20, 2013.
178. Lee C and Kim O. Predictors of online game addiction among Korean adolescents. *Addiction Research and Theory*. 2017; 25(1), 58-66.
179. Müller KW, Janikian M, Dreier M, et al. Regular gaming behavior and internet gaming disorder in European adolescents: results from a cross-national representative survey of prevalence, predictors, and psychopathological correlates. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2015; 24,565-574.
180. Kaya BA. (2013). Çevrimiçi Oyun Bağımlılığı Ölçeğinin geliştirilmesi (Yüksek Lisans Tezi,Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Tokat).<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> adresinden edinilmiştir.
181. Hazar Z ve Hazar M. Çocuklar için Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği. *Journal of HumanSciences*. 2017; 14(1), 203–216.
182. Yılmaz E, Griffiths MD, Kan A. Development and validation of Videogame AddictionScale for Children (VASC). *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2017; 15(4), 869–882.
183. Ilgaz H. Adaptation of Game Addiction Scale for Adolescents into Turkish. *Elementary Education Online*. 2015; 14(3), 874–884.

184. Yalçın-Irmak A ve Erdoğan S. Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği Türkçe Formunun geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2015; 16 , 10–19.
185. Evren C, Dalbudak E, Topcu M, et al. İnternet Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği Türkçe versiyonunun psikometrik özellikleri. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2017; 30(4), 316–324.
186. Pontes HM, Griffiths MD. Measuring DSM-5 Internet gaming disorder: Development and validation of a short psychometric scale. *Computers in Human Behavior* 2015; 45, 137–143.
187. Evren C, Dalbudak E, Topcu M, et al. Psychometric validation of the Turkish nine-item Internet Gaming Disorder Scale-Short Form (IGDS9-SF). *Psychiatry Research* 2018; 265, 349–354. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.002>.
188. Arıca OT, et al. İnternet Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği Kısa Formu'nun (İOOBÖ9-KF) Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 2018. 5: p. 615-636.
189. Ferguson CJ, Coulson M, Barnett J. A meta-analysis of pathological gaming prevalence and comorbidity with mental health, academic and social problems. *Journal of Psychiatric Research*. 2011;45;1573–1578.
190. King DL, Delfabbro PH, Zwaans T, Kaptis D. Clinical features and axis I comorbidity of Australian adolescent pathological Internet and video-game users. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2013;47:1058–1067.
191. Cole H, Griffiths MD. Social interactions in massively multiplayer online roleplaying gamers. *Cyberpsychology & Behavior: the Impact of the Internet, Multimedia and Virtual Reality on Behavior and Society*. 2007;10:575–583.
192. Yee N. Motivations for play in online games. *Cyberpsychology & Behavior: the Impact of the Internet, Multimedia and Virtual Reality on Behavior and Society*. 2006;9:772–775.
193. Anderson CA, Shibuya A, Ihori N, et al. Violent video game effects on aggression, empathy, and prosocial behavior in eastern and western countries: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*. 2010;136:151–173.

194. Swing EL, Gentile DA, Anderson CA. Television and video game exposure and the development of attention problems. *Pediatrics*. 2010;126:214–221.
195. Smyth JM. Beyond self-selection in video game play: An experimental examination of the consequences of massively multiplayer online role-playing game play. *Cyberpsychology & Behavior: the Impact of the Internet, Multimedia and Virtual Reality on Behavior and Society*. 2007;10:717–721.
196. Bartholow BD, Sestir MA and Davis EB. Correlates and consequences of exposure to video game violence: Hostile personality, empathy, and aggressive behavior. *Personality & Social Psychology Bulletin*. 2005;31:1573–1586.
197. King DL, Gradisar M, Drummond A, et al. The impact of prolonged violent video-gaming on adolescent sleep: An experimental study. *Journal of Sleep Research*. 2013;22: 137–143.
198. Gentile DA, Choo H, Liau A, et al. Pathological video game use among youths: A two-year longitudinal study. *Paediatrics*. 2011;127:319–329.
199. Batthyány D, Müller K W, Benker F, Wölfling K. Computer game playing: clinical characteristics of dependence and abuse among adolescents. *Wien Klin Wochenschr*. 2009;121:502–509.
200. Peng W, Liu M. Online gaming dependency: a preliminary study in China. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2010;13:329–333.
201. Allison SE, von Wahlde L, Shockley T, Gabbard GO. The development of the self in the era of the Internet and role-playing fantasy games. *Am J Psychiatry*. 2006;163:381–385.
202. Hussain Z, Griffiths MD. The attitudes, feelings, and experiences of online gamers: a qualitative analysis. *Cyberpsychol Behav*. 2009;12: 747–753.
203. Dworak M, Schierl T, Bruns T, Struder H K. Impact of singular excessive computer game and television exposure on sleep patterns and memory performance of school-aged children. *Pediatrics*. 2007;120:978–985.
204. Lemmens JS, Valkenburg PM, Peter J. Psychosocial causes and consequences of pathological gaming. *Comput Human Behav*. 2011;27:144–152.

205. Littel M, Luijten M, van den Berg I, van Rooij A, Keemink L, Franken I. Errorprocessing and response inhibition in excessive computer game players: an ERP study. *Addict Biol.* 2012;17:934–947.
206. Liu J, Gao XP, Osunde I, et al. Increased regional homogeneity in internet addiction disorder: a resting state functional magnetic resonance imaging study. *Chin Med J (Engl)*. 2010;123:1904–1908.
207. Williams D, Yee N, Caplan SE. Who plays, how much, and why? Debunking the stereotypical gamer profile. *Journal of Computer-Mediated Communication* 2008;13:993–1018.
208. Hyun GJ, Han DH, Lee YS, et al. Risk factors associated with online game addiction: A hierarchical model. *Computers in Human Behavior*, 2015; 48, 706-713.
209. Na E, Lee H, Choi I and Kim DJ. Comorbidity of Internet Gaming Disorder and Alcohol Use Disorder: A Focus on Clinical Characteristics and Gaming Patterns. *The American Journal on Addictions*, 2017; 26, 326-334.
210. Gonzalez-Bueso V, Santamaria JJ, Fernandez D, et al. Association between Internet Gaming Disorder or Pathological Video-Game Use and Comorbid Psychopathology: A Comprehensive Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2018; 15(668).
211. Ryu H, Lee JY, Choi A, et al. The Relationship between Impulsivity and Internet Gaming Disorder in Young Adults: Mediating Effects of Interpersonal Relationships and Depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2018; 15(458).doi:10.3390/ijerph15030458.
212. Karaçetin G, Topal M. İnternet oyun oynama bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde psikiyatrik eĖ hastalanım ve dürtüselliğın incelenmesi, uzmanlık tezi. 2017.
213. Koç EB, Karaçetin G. İnternet Oyun Oynama Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Ebeveyn Tutumunun İncelenmesi, uzmanlık tezi. 2017.

214. Winkler AD, Orsing, B., Rief, W., Shen, Y., & Glombiewski, J. A. Treatment of Internet addiction: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2013;33:317–329.
215. Du Y, Jiang W, Vance A. Longer term effect of randomized, controlled group cognitive behavioral therapy for Internet addiction in adolescent students in Shanghai. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2010;44:129–134.
216. Li H, Wang S. The role of cognitive distortion in online game addiction among Chinese adolescents. *Children and Youth Services Review*. 2013;35:1468–1475.
217. Kim SM, Han DH, Lee YS, Renshaw PF. Combined cognitive behavioral therapy and bupropion for the treatment of problematic on-line game play in adolescents with major depressive disorder. *Computers in Human Behavior*. 2012;28:1954–1959.
218. Han DH, Hwang JW, Renshaw PF. Bupropion sustained release treatment decreases craving for video games and cue-induced brain activity in patients with Internet video game addiction. *Environmental and Clinical Psychopharmacology*. 2010;18:297–304.
219. Han DH, Lee YS, Na C, et al. The effect of methylphenidate on Internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2009;50:251–256.
220. Shek DTL, Tang VMY, Lo CY. Evaluation of an Internet addiction treatment program for Chinese adolescents in Hong Kong. *Adolescence*. 2009;44:359–373.
221. Ainsworth MS. The personal origins of attachment theory. An interview with Mary Salter Ainsworth. Interview by Peter L. Rudnytsky. *Psychoanal Study Child* 1997; 52: 386-405.
222. Waters E, Posada G, Crowell JA, Lay KL. The development of attachment: from control system to working models. *Psychiatry* 1994; 57: 32-42.
223. DEMİRDAĞ MF, Bağlanma Teorisi'nin Kökenleri: John Bowlby ve Mary Ainsworth. *Düzce Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 1992. 1(2): p. 76-90.

224. Ward A, Ramsay R, Turnbull S, Benedettini M, Treasure J. Attachment patterns in eating disorders: past in the present. *Int J Eat Disord* 2000; 28: 370-376.
225. Bowlby J. Kirk Dört Çocuk Hırsız: Kisilikleri ve Yasamları. *international Journal of Psycho-Analysis* 1952; 25: 107-127.
226. Brisch KH. Attachment theory and it's basic concepts. *Treating Attachment Disorders: From Theory to Therapy*, 1.Basım. New York: The Guilford Press. 2002:7-54.
227. Hazan C, Shaver PR. Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychol Inq.* 1994;5(1):1–22.
228. Cassidy J. The nature of child's ties. Cassidy J, Shaver PR. *Handbook of Attachment Theory, Research, and Clinical Applications*, 2.Basım. New York: The Guilford Press. 2008:3–22.
229. Ainsworth M, Bell S. Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Dev.* 1970;41(1):49–67.
230. Serim Demirgören B, Özbek A. Bağlanma ve gelişimi. Karabekiroğlu K, ed. *Bebek Ruh Sağlığı (0-4 Yaş) Temel Kitabı*, 1.Basım. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği; 2012:72–79.
231. Keskin G, Çam O. Ergenlik ve Bağlanma Süreci: Ruh Sağlığı Açısından Literatürün Gözden Geçirilmesi. *New/Yeni Symposium Journal* 2009; 47-2: 53-57.
232. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Synopsis of Psychiatry*. Baltimore Maryland, 1994; 161-165.
233. Soysal AS, Bodur S, seri E, Senol S. Bebeklik Dönemindeki Bağlanma Sürecine Genel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri* 2005; 8: 88-99.
234. Bowlby J. *Attachment and loss*, Vol. 1. Attachment, Basic 1982, New York.
235. Bowlby J. *The making and Breaking of Affectional Bonds*, Londra: Tavistock, 1979;129.

236. Brown DL. Attachment and attributional styles in men and women with symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder. Canada: University of Calgary; 2004.
237. Özbaran B, Bildik T. Bağlanmanın nörobiyolojisi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2006; 13: 137-144.
238. Proverbio AM, Brignone V, Matarazzo S, Del Zotto M, Zani A. Gender differences in hemispheric asymmetry for face processing. *BMC Neurosci.* 2006;7:44.
239. Aron A, Fisher H, Mashek DJ, Strong G, Li H, Brown LL. Reward, motivation, and emotion systems associated with early-stage intense romantic love. *J Neurophysiol.* 2005;94(1):327-337.
240. Nitschke JB, Nelson EE, Rusch BD, Fox AS, Oakes TR, Davidson RJ. Orbitofrontal cortex tracks positive mood in mothers viewing pictures of their newborn infants. *Neuroimage.* 2004;21(2):583-592.
241. Francis DD, Young LJ, Meaney MJ, Insel TR. Naturally occurring differences in maternal care are associated with the expression of oxytocin and vasopressin (V1a) receptors: gender differences. *J Neuroendocrinol.* 2002;14(5):349-353.
242. Insel TR. Oxytocin - a neuropeptide for affiliation: Evidence from behavioral, receptor autoradiographic, and comparative studies. *Psychoneuroendocrinol* 1992; 17: 3-35.
243. Insel TR (2003) Is social attachment an addictive disorder? *Physiol Behav* 79:351-357.
244. Young LJ. The neurobiology of social recognition, approach, and avoidance. *Biopsychiatry* 2002; 51: 18-26.
245. Winslow JT, Insel TR. Neuroendocrine basis of social recognition. *Curr Opin Neurobiol* 2004; 14: 248-253.
246. Brunton PJ, Russell JA. The expectant brain: adapting for motherhood. *Nat Rev Neurosci.* 2008;9(1):11-25.

247. Champagne FA, Meaney MJ. Stress during gestation alters postpartum maternal care and the development of the offspring in a rodent model. *Biol Psychiatry*. 2006;59(12):1227-1235.
248. Moriceau S, Sullivan RM. Neurobiology of infant attachment. *Dev Psychobiol*. 2005;47(3):230-242.
249. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E ve ark. (1978) *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, Lawrence Erlbaum.
250. İşeri E, Soysal Ař, Bodur (2008) Tepkisel Bağlanma Bozukluğu. uhadaroğlu etin F (editör). ocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği; Ankara, s: 360-365.
251. Diehl M, Elnick AB, Bourbeau LS, Labouvie-Vief G. Adult attachment styles: Their relations to family context and personality. *J Pers Soc Psychol* 1998; 74: 1656- 1669.
252. alışır M. Yetişkin Bağlanma Kuramı ve Duygulanım Dzenleme Stratejilerinin Depresyonla İlişkisi. *Psikiyatride Gncel Yaklaşımlar*, 2009; 1(3), 240–255.
253. Moss E, Cyr C, Dubois-Comtois K. Attachment At Early School Age And Developmental Risk: Examining Family Contexts And Behavior Problems Of Controlling– Caregiving, Controlling–Punitive, And Behaviorally Disorganized Children. *Developmental Psychology*, 2004; 40, 519–532.
254. Thorell LB, Rydell AM, Bohlin G. Parent-child attachment and executive functioning in relation to ADHD symptoms in middle childhood. *Attachment and Human Development*, 2012; 14(5), 517–532.
255. Kesebir S, Kavzoğlu SÖ, Üstündağ MF. Bağlanma ve psikopatoloji attachment and psychopathology. *Psikiyatride Gncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 2011. 3(2): p. 321-342.
256. Laura E, Kerns B, Kerns KA. Parent–child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Dev Psychopathol*. 2010;22(1):177–203.

257. Warren SL, Emde RN, Sroufe LA. Internal representations: Predicting anxiety from children's play narratives. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(1):100–107.
258. Scholtens S, Rydell A-M, Bohlin G, Thorell LB. ADHD symptoms and attachment representations: considering the role of conduct problems, cognitive deficits and narrative responses in non-attachment-related story stems. *J Abnorm Child Psychol*. 2014;42(6):1033-1042.
259. Deklyen MT, Greenberg M. Attachment and psychopathology in childhood. Cassidy J, Shaver PR, ed. *Handbook of Attachment Theory, Research, and Clinical Applications*, 2. Basim. New York: Guilford Publications. 2008:637–665.
260. Speltz ML, DeKlyen M, Greenberg MT. Attachment in boys with early onset conduct problems. *Dev Psychopathol*. 1999;11(2):269–285.
261. Rosenstein DS, Horowitz HA. Adolescent attachment and psychopathology. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64(2):244–253.
262. Yang X, et al. Parent marital conflict and Internet addiction among Chinese college students: The mediating role of father-child, mother-child, and peer attachment. *Computers in Human Behavior*, 2016. 59: p. 221-229.
263. King DL, Delfabbro PH. Features of parentchild relationships in adolescents with Internet gaming disorder. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 2017;15(6), 1270–1283.
264. Throuvala MA, Janikian M, Griffiths MD, et al. The role of family and personality traits in Internet gaming disorder: A mediation model combining cognitive and attachment perspectives. *Journal of Behavioral Addictions*, 2019; 8(1), 48–62.
265. Schneider LA, King DL, & Delfabbro PH. Family factors in adolescent problematic Internet gaming: A systematic review. *Journal of Behavioral Addictions*, 2017; 6(3), 321–333.
266. Wang CW, Ho RT, Chan CL, Tse S. Exploring personality characteristics of Chinese adolescents with internetrelated addictive behaviors: Trait differences

for gaming addiction and social networking addiction. *Addictive Behaviors*, 2015; 42, 32–35.

267. Zhu J, Zhang W, Yu C, Bao Z. Early adolescent Internet game addiction in context: How parents, school, and peers impact youth. *Computers in Human Behavior*, 2015; 50, 159– 168.

268. Estevez A, Jauregui P, Lopez-Gonzalez H. Attachment and behavioral addictions in adolescents: The mediating and moderating role of coping strategies. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2019; 60(4), 348–360.

269. Kim K, Kim K. Internet game addiction, parental attachment, and parenting of adolescents in South Korea. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 2015; 24(6), 366–371.

270. Estévez A, Jáuregui P, Sánchez-Marcos I, López-González H, & Griffiths MD. Attachment and emotion regulation in substance addictions and behavioral addictions. *Journal of Behavioral Addictions*, 2017; 6(4), 534-544.

271. Cho SI, Lee YS, Baek HT, Han DH, et al. Insecure attachment and impulsivity-inattention problem in adolescent with a high risk of substance or internet addiction. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 2010; 49(4), 393-400.

272. Lewis ML, Weber R, Bowman ND. "They may be pixels, but they're MY pixels:" Developing a metric of character attachment in role-playing video games. *Cyberpsychology and Behavior*, 2008; 11(4), 515-518.

273. Carli V, Durkee T, Wasserman D, Hadlaczky G, et al. The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: a systematic review. *Psychopathology*, 2013; 46(1), 1–13.

274. Frölich J, Lehmkuhl G, Doepfner M. Computer games in childhood and adolescence: relations to addictive behavior, ADHD, and aggression. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 2009; 37(5), 393–402.

275. Weiss MD, Baer S, Allan BA, et al. The screens culture: impact on ADHD. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2011; 3(4), 327–334.

276. Ko CH, Yen JY, Chen CS, Yeh YC, Yen CF. Predictive values of psychiatric symptoms for internet addiction in adolescents: a 2 year prospective study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009; 163(10):937–943.
277. Tahiroğlu AY, Çelik GG, Fettahoğlu Ç, et al. Psikiyatrik Bozukluğu Olan ve Olmayan Ergenlerde Problemlı İnternet Kullanımı. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2010; 47, 241-246. DOI: 10.4274/npa.241.
278. Chan PA, Rabinowitz T. A cross-sectional analysis of video games and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in adolescents. *Ann Gen Psychiatry* 2006; 5:16.
279. Gentile DA, Swing EL, Lim CG, Khoo A. Video game playing, attention problems, and impulsiveness: evidence of bidirectional causality. *Psychology of Popular Media Culture*, 2012; 1(1), 62–70.
280. Weinstein A, Weizman A. Emerging Association Between Addictive Gaming and Attention-Deficit Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 2012;14, 590-597.
281. Koeppe MJ, Gunn RN, Lawrence AD, et al. Evidence for striatal dopamine release during a video game. *Nature*, 1998; 393(6682), 266–268.
282. Hoeft F, Watson CL, Kesler SR, et al. Gender differences in the mesocorticolimbic system during computer game-play. *Journal of Psychiatric Research*, 2008; 42(4), 253–258.
283. Pinto C, Turton P, Hughes P, White S, Gillberg C. ADHD and Infant Disorganized Attachment: A Prospective Study of Children Next-Born After Stillbirth. *J Atten Disord* 2006; 10;83-91.
284. Green J, Stanley C, Peters S. Disorganized attachment representation and atypical parenting in young school age children with externalizing disorder. *Attach Hum Dev* 2007; 9: 207-222.
285. Finzi -Dottan R, Manor I, Tyano S. ADHD, Temperament, and Parental Style as Predictors of the Childs Attachment Patterns *Child Psychiatry Hum Dev* 2006; 37: 103-114.

286. Kılıç BG, Sener S. DEHB olan çocuklarda karsıt olma-karsı gelme bozukluğu/davranıs bozukluğu es hastalanımında aile islevleri ve psikososyal degiskenlerin karsılaştırılması. Türk Psikiyatri Derg 2005; 16: 21-28.
287. Franca N, Maurya M, Purper-Ouakilb D. ADHD and attachment processes: Are they related? L'Encéphale 2009; 35: 256-261.
288. Sümer N, Anafarta Şendağ M. "Orta Çocukluk Döneminde Ebeveynlere Bağlanma, Benlik Algısı ve Kaygı." Turk Psikoloji Dergisi 24.63 (2009).
289. Kerns KA, Klepac L, Cole A. Peer relationships and preadolescents' perceptions of security in the child-mother relationship. Developmental Psychology. 1996;32:457-466.
290. Kırimer F, Sümer N ve Akça E. Orta çocuklukta anneye kaygılı ve kaçınan bağlanma: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II-Orta Çocukluk Dönemi Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. Türk Psikoloji Yazıları, 2014; 17(33), 45-57.
291. Brenning K, Soenens B, Braet C ve Bosmans G. (). An adaptation of the experiences in close relationships scalerevised for use with children and adolescent. Journal of Social and Personal Relationships, 2011; 28, 1048-1072.
292. Turgay A. The DSM-IV Based child and adolescent behavior rating scale. Ontario, Integrative Therapy Institute, Canada, 1995.
293. Ercan ES, Amado S, Somer O. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranım bozuklukları için bir test bataryası geliştirme çabası. Çocuk Genç Ruh Sağlığı Derg 2001; 8:132-44.
294. Valcke M, Bonte S, De Wever B, Rots I. ().Internet parenting styles and the impact on Internet use of primary school children. Computers & Education, 2010; 55, 454-464.
295. Ayas T, Horzum MB. İlköğretim öğrencilerinin internet bağımlılığı ve aile internet tutumu. Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal, 2016; 4(39).
296. Pols H. August Hollingshead and Frederick Redlich: poverty, socioeconomic status, and mental illness. The American Journal of Public Health. 2007 Oct;97(10):1755.

297. Çengel Kültür SE (2002). Alkol bağımlılığı olan babaların çocuklarında psikopatoloji, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Tezi.
298. Griffiths MD, Davies MNO & Chappell D. Breaking the Stereotype: The Case of Online Gaming. *Cyberpsychology & Behavior*, 2003; 6(1), 81-91.
299. Polanczyk G, Jensen P. Epidemiologic considerations in attention deficit hyperactivity disorder: A review and update. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2008; 17, 245-260.
300. Öztürk Eyimaya A, Uğur S, Sezer TA, Tezel A. İlkokul Dördüncü Sınıf Öğrencilerinde Dijital Oyun Bağımlılığının Uyku ve Diğer Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *J Turk Sleep Med* 2020;7:83-90.
301. <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Bilim,-Teknoloji-ve-Bilgi> Toplum-102 Erişim tarihi 30.10.2020.
302. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=207&locale=tr>. Erişim tarihi: 30.10.2020.
303. Karagöz D. 2017.İnternet bağımlılığı ve bilgisayar oyun bağımlılığı yaygınlığının, ilişkili etkenlerin İncelenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli.
304. Öztürk İ. 2019, İlkokul Öğrencilerinin Bilgisayar Kullanım Amaçları Ve Bilgisayar Oyun Bağımlılık Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Konya
305. Sarı S, Kunt H. İlkokul Ve Ortaokul Öğrencilerinin Sınıf Düzeylerine Göre İnternet Kullanım Durumlarının Belirlenmesi. *Dumlupınar University Journal of Social Science/Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2014; (40).
306. Becker HJ. "Who's Wired and Who's Not: Children's Access to and Use of Computer Technology", *The Future of Children*, 10(2), 44-75, 2000.
307. Wang R, Bianchi SM, Raley SB. Teenagers' Internet use and family rules: A research note. *Journal of Marriage and Family*, 2005; 67(5), 1249-1258.

308. Göldağ B. (). Lise Öğrencilerinin Dijital Oyun Bağımlılık Düzeylerinin Demografik Özelliklerine Göre İncelenmesi. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2018; 15 (1) , 1287-1315.
309. [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanim-Arastirmasi-2020-33679](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2020-33679) erişim tarihi: 30.10.2020.
310. Mengel F. Computer games and prosocial behaviour. PloS one, 2014;9(4), e94099. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094099>.
311. Lopez-Fernandez O, Männikkö N, Käriäinen M, Griffiths MD, & Kuss DJ. Mobile gaming and problematic smartphone use: A comparative study between Belgium and Finland. Journal of behavioral addictions, 2018; 7(1), 88–99. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.080>.
312. Akçay D, Özcebe H. Okul Öncesi Eğitim Alan Çocukların ve Ailelerinin Bilgisayar Oyunu Oynama Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. Çocuk Dergisi, 2012; 12 (2) , 66-71.
313. Taylan HH, Kara HZ, Durğun A. Ortaokul ve lise öğrencilerinin bilgisayar oyunu oynama alışkanlıkları ve oyun tercihleri üzerine bir araştırma. PESA International Journal of Social Studies 2017;3:78-87.
314. Uğurlu Ö. “Elektronik Dünyanın Çocuk Dünyasına Yansıması: “Temassız Oyun” Kavramı Bağlamında Eleştirel Bir İnceleme”, İletişim Ve Diplomasi Dergisi, 2014; 1(2), 51-62.
315. Lermi U, Afat N. Ortaokul Öğrencilerinde Bilgisayar Oyun Bağımlılığının Ebeveyn Davranışları Açısından İncelenmesi. İZÜ Eğitim Dergisi, 2020;2 (3) , 122-136. DOI: 10.46423/izujed.749654.
316. Erol A. (2016). Proje yaklaşımına dayanan aile katımlı çevre eğitimi programının 5-6 yaş çocuklarının çevreye yönelik farkındalık ve tutumlarına etkisinin incelenmesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Pamukkale Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
317. Griffiths MD, Davies MN, Chappell D. Online computer gaming: a comparison of adolescent and adult gamers. J Adolesc. 2004;27:87-96.

318. Bekar B. (2018). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan ve olmayan çocuklarda bilgisayar oyun bağımlılığı (Master's thesis, Hasan Kalyoncu Üniversitesi).
319. Ko CH, Lin HC, Lin PC, Yen JY. Validity, functional impairment and complications related to Internet gaming disorder in the DSM-5 and gaming disorder in the ICD-11. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 2020; 54(7), 707–718. <https://doi.org/10.1177/0004867419881499>.
320. Männikkö N, Billieux J, Käariäinen M. Problematic digital gaming behavior and its relation to the psychological, social and physical health of Finnish adolescents and young adults. *Journal of behavioral addictions*, 2015; 4(4), 281–288. <https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.040>.
321. Aras S. 2019. Bilgisayar oyun bağımlılığının ailedeki koruyucu etkenler ve kişisel özellikler açısından incelenmesi (Bursa İli Örnekleme). Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı.
322. Yücekaya HB. 2019. İnternet oyun oynama bozukluğu, akılcı olmayan inançlar, başa çıkma stratejileri ve öz-denetim becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İbn Haldun Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı.
323. Mihara S, Higuchi S. (in press). Cross-sectional and longitudinal epidemiological studies of Internet gaming disorder: A systematic review of the literature. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*.
324. Kurtbeyoğlu Ş. (2018). Ortaokul Öğrencilerinin Demografik Özelliklerinin Oyun Bağımlılığı ile İlişkisi. Unpublished master's thesis. Bahçeşehir Üniversitesi, İstanbul.
325. Ayhan B, Köselören M. (2019). İnternet online oyun ve bağımlılık. *Online Journal of Technology Addiction and Cyberbullying*, 6(1), 1-30.
326. İçen B. 2018. İlköğretim Birinci Kademe Öğrencilerin Sanal Oyun Bağımlılık Düzeylerinin Belirlenmesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

327. Koçakoğlu U. 2019. İlköğretim 3. Ve 4. Sınıf öğrencilerinde bilgisayar oyun bağımlılığının obezite ile ilişkisi: konya örneği. Tıpta Uzmanlık Tezi. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.
328. Ihmeideh FM, Shawareb AA. The Association Between Internet Parenting Styles and Children's Use of the Internet at Home, *Journal of Research in Childhood Education*, 2014; 28(4), 411-425.
329. Horzum MB, Duman İ, Uysal M. Children's age and gender differences in internet parenting styles. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2019; 47, 145-166. doi: 10.9779/pauefd.485562.
330. Li Y, Xia Y, Zhang HJ. Attachment of children with attention deficit-hyperactivity disorder [Chinese]. *Chinese Mental Health Journal*, 2007; 21, 591-594.
331. Storebø OJ, Rasmussen PD, Simonsen E. Association Between Insecure Attachment and ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 2013; 20(2), 187–196.
332. Wang CW, Chan CL, Mak KK, Ho SY, Wong PW, Ho RT, Prevalence and correlates of video and internet gaming addiction among Hong Kong adolescents: a pilot study. *ScientificWorldJournal*. 2014; 2014():874648.
333. Kietglaiwansiri T, Chonchaiya W. Pattern of video game use in children with attention-deficit-hyperactivity disorder and typical development. *Pediatrics International*, 2018; 60(6), 523–528.
334. Mazurek MO, Engelhardt CR. Video game use in boys with autism spectrum disorder, ADHD, or typical development. *Pediatrics* 2013; 132: 260-6.
335. Walther B, Morgenstern M, Hanewinkel R. Co-occurrence of addictive behaviours: personality factors related to substance use, gambling and computer gaming. *Eur Addict Res*. 2012;18(4):167-74. .
336. Ferreira FM, Bambini BB, Tonsig GK, et al. Predictors of gaming disorder in children and adolescents: a school-based study. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil:1999)*, 2020; S1516-44462020005024208. Advance online publication. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0964>.

337. Erboy E. (2010). İlköğretim 4. ve 5. sınıf öğrencilerinin bilgisayar oyun bağımlılığına etki eden faktörler (Master's thesis, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın).
338. İnal Y, Çağıltay K. İlköğretim Öğrencilerinin Bilgisayar Oyunu Oynama Alışkanlıkları ve Oyun Tercihlerini Etkileyen Faktörler. Ankara Özel Tevfik Fikret Okulları, Eğitimde Yeni Yönelimler II. Eğitimde Oyun Sempozyumu, 14 Mayıs 2005.
339. Şahin C, Tuğrul VM. İlköğretim öğrencilerinin bilgisayar oyunu bağımlılık düzeylerinin incelenmesi. 2012; 4(3), 115-130.
340. Lopez-Fernandez O, Williams AJ, Griffiths MD & Kuss DJ. Female gaming, gaming addiction, and the role of women within gaming culture: A narrative literature review. *Frontiers in Psychiatry*, 2019; 10, 454.
341. Ekinci NE, Yalçın İ, Özer Ö, Kara T. An Investigation of the Digital Game Addiction between High School Students. *Online Submission*, 2017; 14(4), 4989-4994.
342. Sussman CJ, Harper JM, Stahl JL, Weigle P. Internet and video game addictions: Diagnosis, epidemiology, and neurobiology. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America* 2018;27:307-26.
343. Sasmaz T, Oner S, Kurt AÖ, Yapici G, Yazici AE, Bugdayci R, Sis M. Prevalence and risk factors of Internet addiction in high school students. *Eur J Public Health*. 2014 Feb;24(1):15-20. doi: 10.1093/eurpub/ckt051. Epub 2013 May 30. PMID: 23722862.
344. Zamani E, Kheradmand A, Cheshmi M, Abedi A, Hedayati N. Comparing the social skills of students addicted to computer games with normal students. *Addiction and Health*, 2010; 2, 59–65.
345. Kök Eren H, Örsal Ö. Computer game addiction and loneliness in children. *Iranian Journal of Public Health*, 2018; 47(10), 1504.
346. Bilgi A. (2005). Bilgisayar Oyunu Oynayan ve Oynamayan İlköğretim Öğrencilerinin Saldırganlık, Depresyon Ve Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi.

Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

347. Solak MŞ. (2012). Ortaöğretim Öğrencilerinin Bilgisayar Oyunu Tutumları İle Saldırganlık Ve Yalnızlık Eğilimleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

348. [https://data.tuik.gov.tr/tr/main-category-subcategories-subcomponents2/Hanelerde Bilişim Teknolojileri Kullanımı](https://data.tuik.gov.tr/tr/main-category-subcategories-subcomponents2/Hanelerde+Bilişim+Teknolojileri+Kullanımı). Erişim tarihi: 23.10.2020.

349. Bülbül H, Tunç T. Telefon ve oyun bağımlılığı: ölçek incelemesi, başlama yaşı ve başarıyla ilişkisi. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 2018;9 (21), 1-13. DOI: 10.21076/vizyoner.431446.

350. Durmuş A, Kaya S. İlköğretim öğrencilerinin bilgisayar kullanım alışkanlıkları ile velilerin bilgisayar kullanım alışkanlıkları arasındaki ilişki. 2008:121-126. .

351. Ayas, T, Horzum MB. İlköğretim öğrencilerinin İnternet bağımlılığı ve aile İnternet tutumu. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2013; 4(39), 46-57.

352. Lopez-Fernandez O, Honrubia-Serrano ML, Baguley T, Griffiths MD. Pathological video game playing in Spanish and British adolescents: towards the exploration of Internet Gaming Disorder symptomatology. Comp. Hum. Behav. 2014; 41: 304-312.

353. Hussain Z, Griffiths MD, Baguley T. Online gaming addiction: classification, prediction and associated risk factors. Addict Res Theory 2012; 20: 359-371.

354. Güvendi B, Demir GT, Keskin B. Ortaokul öğrencilerinde Dijital Oyun Bağımlılığı ve Saldırganlık. OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi, 2019; 11(18), 1194-1217.

355. Aras S, Gültekin M. Ortaokul Öğrencilerinin Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. Uluslararası Bilim ve Eğitim Kongresi 2019 (UBEK2019).
356. Yiğit E. (2017). Çocukların dijital oyun bağımlılığında ailelerin bazı değişkenler açısından incelenmesi. YÖK Ulusal Tez Merkezi - Yüzüncü Yıl Üniversitesi.
357. Gökçearslan Ş. Durakoğlu A. Ortaokul öğrencilerinin bilgisayar oyunu bağımlılık düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi 2014.
358. Jeong EJ, Kim DJ, Lee DM. Why Do Some People Become Addicted to Digital Games More Easily? A Study of Digital Game Addiction from a Psychosocial Health Perspective. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 2016; 33(3), 199–214.
359. Vollmer C, Randler C, Horzum MB, Ayas T. Computer game addiction in adolescents and its relationship to chronotype and personality. *SAGE Open*, 2014;4(1), 1-9.
360. Urbán R, Magyaródi T, Rigó A. Morningness-eveningness, chronotypes and health-impairing behaviors in adolescents. *Chronobiology International*, 2011; 28, 238-247.
361. Hsu Y H. (2005). A Study on the network usage and network literacy of fifth and sixth graders in remote areas of Taipei country. Unpublished master's thesis, National Taipei University of Education, Taipei, Taiwan.
362. Çevik BG ve Çelikkaleli Ö. Ergenlerin arkadaş bağlılığı ve internet bağımlılığının cinsiyet, ebeveyn tutumu ve anne baba eğitim düzeylerine göre incelenmesi. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2010; 19(3), 225-240.
363. Terlemez C. (2019). Dijital Oyun Bağımlılığı ile Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişki. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
364. Stavropoulos V, Adams BLM, Beard CL, et al. Associations between attention deficit hyperactivity and internet gaming disorder symptoms: Is there

consistency across types of symptoms, gender and countries?. *Addict Behav Rep.* 2019;9:100158. Published 2019 Jan 2. doi:10.1016/j.abrep.2018.100158.

365. Suárez L, Thio CF, Singh S. Attachment styles, motivations, and problematic use of massively multiplayer online games. *International Proceedings of Economics Development and Research*, 2012; 53, 45–49.

366. Sung Y, Nam TH, Hwang MH. Attachment style, stressful events, and Internet gaming addiction in Korean university students. *Personality and Individual Differences*, 2020; 154, 109724.

367. Xu J, Shen LX, Yan CH, Hu H, et al. Parent-adolescent interaction and risk of adolescent Internet addiction: A population-based study in Shanghai. *BMC Psychiatry*, 2014; 14(1), 1–17.

368. Schimmenti A, Bifulco A. Linking lack of care in childhood to anxiety disorders in emerging adulthood: The role of attachment styles. *Child and Adolescent Mental Health*, 2015; 20(1), 41–48.

369. King D, Delfabbro P. Elsevier Inc; Cambridge: 2019. *Internet Gaming Disorder: Theory, Assessment, Treatment, and Prevention*. [Google Scholar].

370. Grajewski P, Dragan M. Adverse childhood experiences, dissociation, and anxious attachment style as risk factors of gaming disorder. *Addictive behaviors reports*, 2020; 11, 100269. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2020.100269>.

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>ADHD:</b>       | Attention Deficit Hyperactivity Disorder                                      |
| <b>BDT:</b>        | Bilişsel Davranışçı Terapi  |
| <b>BOB:</b>        | Bilgisayar Oyun Bağımlılığı   |
| <b>BOB-RİSKLİ:</b> | Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Riski   |
| <b>BOB-VAR:</b>    | Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Var   |
| <b>BOB-YOK:</b>    | Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Yok   |
| <b>BPB:</b>        | Bipolar Bozukluk  |
| <b>CGA:</b>        | Computer Game Addiction   |
| <b>CGAS:</b>       | Computer Game Addiction Scale for Children                                    |
| <b>COVID-19:</b>   | Corona Virus Disease 2019   |
| <b>CRH:</b>        | Kortikotropin Salgılatıcı Hormon Reseptör                                     |
| <b>ÇBOBÖ:</b>      | Çocuklar İçin Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeği                              |
| <b>DA:</b>         | Dopamin   |
| <b>DAT-1:</b>      | Dopamin Taşıyıcı Gen  |
| <b>DB:</b>         | Davranım Bozukluğu  |
| <b>DEHB:</b>       | Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu                                      |
| <b>DEHB-B:</b>     | Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Tip                          |
| <b>DEHB-DE:</b>    | Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Dikkat Eksikliğinin Önde Geldiği Tip |
| <b>DEHB-HA:</b>    | Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Hiperaktivitenin Önde Geldiği Tip    |
| <b>DRD4:</b>       | Dopamin D4 Reseptör Geni  |
| <b>DRD5:</b>       | Dopamin D5 Reseptör Geni  |
| <b>DSM:</b>        | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders                         |
| <b>DSM-II:</b>     | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2th Edition            |
| <b>DSM-III:</b>    | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3th Edition            |
| <b>DSM-III-R:</b>  | Diagnostic and Statistical Manual, Revised                                    |
| <b>DSM-IV:</b>     | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition            |

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>DSM-V:</b>   | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition                   |
| <b>DTI:</b>     | Difüzyon Tensör Görüntüleme  |
| <b>ECRS:</b>    | The Experiences in Close Relationships Scale-Revised – Middle Childhood              |
| <b>EEG:</b>     | Elektroensefalografi   |
| <b>fMRI:</b>    | Functional Magnetic Resonance Imaging  |
| <b>HPA:</b>     | Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal Aks  |
| <b>HTR1B:</b>   | Serotonin 1B Reseptör Geni   |
| <b>ICD-10:</b>  | International Classification of Diseases 10th Revision                               |
| <b>ICD-11:</b>  | International Classification of Diseases 11th Revision                               |
| <b>ICD-9:</b>   | International Classification of Diseases 9th Revision                                |
| <b>IPSS:</b>    | Internet Parenting Styles Scale  |
| <b>İOOB :</b>   | İnternet Oyunu Oynama Bozukluğu  |
| <b>KOKGB:</b>   | Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu   |
| <b>KSAS:</b>    | Kerns Secure Attachment Scale  |
| <b>K-total:</b> | Kerns Ölçeği Toplam Puanı  |
| <b>LS:</b>      | Lateral Sulkus   |
| <b>MÖ:</b>      | Milattan Önce  |
| <b>MRI:</b>     | Magnetic Resonance Imaging   |
| <b>MTA:</b>     | Multimodal Treatment Study of Children with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder |
| <b>NA:</b>      | Noradrenalin   |
| <b>OKB:</b>     | Obsesif Kompulsif Bozukluk   |
| <b>OOB:</b>     | Oyun Oynama Bozukluğunu  |
| <b>OSB:</b>     | Otizm Spektrum Bozukluğu   |
| <b>PET:</b>     | Pozitron Emisyon Tomografisi   |
| <b>PFK:</b>     | Laterel Prefrontal Korteks   |
| <b>SAB:</b>     | Sosyal Anksiyete Bozukluğu(SAB)  |
| <b>SNAP-25:</b> | Sinaptozom-İlişkili Protein 25 Geni  |
| <b>SPECT:</b>   | Single Photon Emission Computerized Tomography                                       |
| <b>T-db:</b>    | Turgay Ölçeği Davranım Bozukluğu Alt Boyutu Boyutu                                   |

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>TDBDS:</b>   | Turgay DSM–IV Based Disruptive Behavior Disorders Screening and Rating Scale |
| <b>T-de:</b>    | Turgay Ölçeği Dikkat Eksikliği Alt Boyutu                                    |
| <b>T-dehb:</b>  | Turgay Ölçeği Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Total Puanı           |
| <b>TDK:</b>     | Türk Dil Kurumu  |
| <b>T-h:</b>     | Turgay Ölçeği Hiperaktivite Alt Boyutu                                       |
| <b>T-kokgb:</b> | Turgay Ölçeği Karşıt Olma Karşıt Gelme Alt Boyutu                            |
| <b>T-total:</b> | Turgay Ölçeği Toplam Puanı   |
| <b>TÜİK:</b>    | Türkiye İstatistik Kurumu  |
| <b>YİYE:</b>    | Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-2 Orta Çocukluk Ölçeği                |

## TABLolar DİZİNİ

| <b>Tablolar</b>  | <b>Sayfa No</b> |
|--|-----------------|
| Tablo 1. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu DSM-V tanı ölçütleri.....  | 18              |
| Tablo 2. Çocukluktan Erişkinliğe DEHB Semptomları.....   | 21              |
| Tablo 3. İnternet Oyunu Oynama Bozukluğu için DSM-V Tarafından Önerilen Tanı Kriterleri.....   | 32              |
| Tablo 4. Oyun Oynama Bozukluğu ICD-11 Tanı Kriterleri.....   | 33              |
| Tablo 5. Cinsiyet dağılımı.....  | 52              |
| Tablo 6. Olguların Sosyodemografik Özellikleri.....  | 52              |
| Tablo 7. Ebeveyn tıbbi ve psikiyatrik geçmişi.....   | 53              |
| Tablo 8. Aile yapısı ve özellikleri.....   | 53              |
| Tablo 9. Evde bilgisayar varlığı ve çocuğun kendine ait bilgisayar/telefon/tablet varlığı.....                                       | 54              |
| Tablo 10. Bilgisayar /tablet /akıllı telefon ve internetin kullanım amacı.....   | 54              |
| Tablo 11. Evde internet kullanım kuralı.....   | 54              |
| Tablo 12. Ebeveynlerin internet kullanım ve dijital oyun oynama süreleri.....  | 55              |
| Tablo 13. Bilgisayar oyunu oynama durumu ve özellikleri.....   | 56              |
| Tablo 14. Aile internet tutum ölçeğine göre aile tipi.....   | 57              |
| Tablo 15. YİYE ölçeğine göre bağlanma tipleri.....   | 57              |
| Tablo 16. Bilgisayar oyun bağımlılığı durumunun cinsiyet ile ilişkisi.....   | 58              |
| Tablo 17. Bilgisayar oyun bağımlılığı durumunun eğitim durumu ile ilişkisi.....  | 58              |
| Tablo 18. Bilgisayar oyun bağımlılığı durumunun yaş ile ilişkisi.....  | 58              |
| Tablo 19. Oyun bağımlılığı durumunun yaşanılan yer ile ilişkisi.....   | 58              |
| Tablo 20. Bilgisayar oyun bağımlılığı durumunun çocuğun akademik başarısı ile ilişkisi.....  | 59              |
| Tablo 21. Bilgisayar oyun bağımlılığı durumunun çocuğun düzenli ilgilendiği hobilerle ilişkisi.....                                  | 59              |
| Tablo 22. Bilgisayar oyun bağımlılığı durumunun çocuğun akran ilişkileri ile ilişkisi.....   | 59              |
| Tablo 23. Bilgisayar oyun bağımlılığı durumunun aile yapısı ile ilişkisi.....  | 59              |
| Tablo 24. Bilgisayar oyun bağımlılığı durumunun gelir durumu ile ilişkisi.....   | 60              |
| Tablo 25. Bilgisayar oyun bağımlılığı durumu ile bilgisayar/tablet/akıllı telefon ile internetin kullanım amacı arasında ilişki..... | 60              |

|   |    |
|---|----|
| Tablo 26. Bilgisayar Oyun bağımlılığı durumu ile teknolojik alet varlığı arasında ilişki. ....  | 61 |
| Tablo 27. Evde internet kullanım kuralı ile bilgisayar oyun bağımlılığı arasında ilişki. ....   | 61 |
| Tablo 28. Bilgisayar oyun bağımlılığı durumu ile ebeveynlerin günlük internet kullanımı ve dijital oyun oynama süreleri arasındaki ilişki. ....         | 62 |
| Tablo 29. Bilgisayar oyun bağımlılığı durumu ile bilgisayar oyun oynama süresi( yıl ) arasındaki ilişki. ....   | 62 |
| Tablo 30. Bilgisayar oyun bağımlılığı durumu ile ailenin bilgisayar oyun oynamaya süre sınırı koyma ilişkisi. ....                                      | 63 |
| Tablo 31. Bilgisayar oyun bağımlılığı durumunun günlük bilgisayar oynama süresi ile ilişkisi. ....  | 63 |
| Tablo 32. Bilgisayar oyun bağımlılığı durumunun ailede benzer şekilde bilgisayar oyunu oynayan kişiler ile arasındaki ilişkisi. ....                    | 63 |
| Tablo 33. DEHB alt tiplerinin bilgisayar oyun bağımlılığı ile ilişkisi. ....  | 64 |
| Tablo 34. Bilgisayar oyun bağımlılığı durumunun bağlanma tipi ile ilişkisi. ....  | 64 |
| Tablo 35. Turgay DSM-IV'e göre DEHB tanı ve değerlendirme ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile oyun bağımlılığı durumu arasındaki ilişkisi. ....     | 65 |
| Tablo 36. Bilgisayar oyun bağımlılığı durumunun aile internet tutum ölçeği alt boyutları ile karşılaştırılması. ....                                    | 66 |
| Tablo 37. Bilgisayar oyun bağımlılığı durumunun kerns güvenli bağlanma ölçeği ile ilişkisi. ....  | 66 |
| Tablo 38. Bilgisayar oyun bağımlılığı durumunun YİYE-II ölçeği ile ilişkisi. ....   | 66 |
| Tablo 39. Çocuklar İçin Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeğinin alt boyutlarının ve toplam puanının cinsiyet ile ilişkisi. ....                           | 67 |
| Tablo 40. Çocuklar İçin Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeğinin alt boyutlarının ve toplam puanının çocuğun akademik başarısı ile ilişkisi. ....          | 67 |
| Tablo 41. Çocuklar İçin Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeğinin alt boyutlarının ve toplam puanının çocuğun kendine ait tablet varlığı ile ilişkisi. .... | 68 |
| Tablo 42. ÇBOBÖ toplam puanının bilgisayar oynama zamanı ile ilişkisi. ....   | 68 |
| Tablo 43. ÇBOBÖ alt boyutlarının ve toplam puanının çevrim içi oyun oynama ile ilişkisi. ....   | 69 |
| Tablo 44. ÇBOBÖ alt boyutlarının ve toplam puanının sanal ürün satın alma ile ilişkisi. ....  | 69 |

|  |    |
|--|----|
| Tablo 45. ÇBOBÖ alt boyutlarının ve toplam puanının bilgisayar oyun oynama süresi ile ilişkisi.....  | 70 |
| Tablo 46. ÇBOBÖ alt boyutlarının ve toplam puanının internet aile tipi ile ilişkisi. ....            | 71 |
| Tablo 47. Binary Lojistik Regresyon Modeline Göre BOB Varlığını Etkileyen Bağımsız Değişkenler. .... | 72 |
| Tablo 48. ÇBOBÖ Toplam Puanının Diğer Ölçek Puanları İle Korelasyon Analizi. ....                    | 73 |



## EK 1-SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

İsim-soyisim:

Yaş:

Cinsiyet:

Kaçıncı sınıf:

Kardeş sayısı:

1-Yaşadığınız yer neresidir?

1) Şehir

2) köy

3) kasaba

2- Aile yapınız nasıldır ?

1) Çekirdek aile ( anne- baba -  
çocuklar

2) Geniş aile ( anne -baba-  
çocuklar – hala -teyze-  
büyükanne -dede gibi )

3) 3-Tek ebeveyn

4) 4-Üvey anne ya da baba

5) 5-Kurum

6) 6-Evlat edinilmiş

7) 7-Diğer .....

3-Medeni durumunuz ( ebeveyn )

1)Anne -baba -birlikte

2)Anne -baba- boşanmış

3)Anne -baba-parçalanmış

4- Anne yaş:

5- Baba yaş:

6-Sosyoekonomik- Sosyokültürel düzey

1) Varlıklı, eğitimli toplumsal katmanda aile

2) Üniversite eğitimi almış, meslek sahibi ya da yüksek idari konumda anne-baba

3) Küçük iş adamı, beyaz yakalı ya da vasıflı işçi, lise mezunu anne-baba

4) Yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında eğitimli anne-baba

5) Yarı vasıflı işçi, eğitimsiz, ilkokul düzeyinde eğitimli anne-baba

6) Bilinmeyen

7 - Maddi durum

1) Asgari ücretten az ( 2022 tl den )

2) Asgari ücret

3) Asgari ücret – yoksulluk sınırı arası ( 6.849,62 tl )

4) Yoksulluk sınırından fazla > 6.849.62

8- Annede tıbbi hastalık:

1 )yok 2) var

varsa tanı

varsa tanı...

10- Baba hastalık:

1 )yok 2) var

varsa tanı...

9-Annede Ruhsal Hastalık

1 )yok 2) var

11- Babada Ruhsal Hastalık

1 )yok 2) var

varsa tanı...

12 - Baba alkol kullanır mı ?

- 1) hayır 2)evet

13-Doğumda komplikasyon:

- 1)yok 2)var

14- Gebeliğin seyri:

- 1) Normal  
2) Düşük tehdidi  
3) İlaç kullanımı  
4) Sistemik hastalık  
5) Dayak  
6) TORCH  
7) Anemi

15- Çocukta tıbbi hastalık 1 yok 2 var varsa tanı.....

16- Yürüme ayı..... 17 – Konuşma ayı ..... 18- Tuvalet eğitimi .....

19- Çocuğun akademik başarısı

- a) iyi b ) kötü c ) orta

20- Çocuğunuzun düzenli ilgilendiği müzik sanat spor gibi hobileri var mı ? ( müzik- sanat -spor-aktivite)

- 1) yok 2)var

varsa ilgi alanı nedir?.....

21- Çocuğun akran ilişkileriyle olan durumunu belirtiniz.

- 1) Yalnız  
2) 2-3 arkadaşı var  
3) Çok arkadaşı var

22- Evinizde bilgisayar var mı?

- 1) yok 2)var

23-Çocuğunuzun kendine ait bilgisayarı var mı?

- 1) yok 2)var Varsa kaç yaşında alındı

24- Çocuğunuzun Kendine ait telefonu var mı?

- 1) yok 2)var Varsa kaç yaşında alındı

25- Çocuğunuzun Kendine ait tableti var mı?

- 1) yok 2)var Varsa kaç yaşında alındı

26- Ebeveyn günlük internet kullanımı süresi

ANNE :

- 1) 1 saatten az 2) 1- 2 saat 3) 2-4 saat 4) 4 ten fazla

BABA

- 1) 1 saatten az 2) 1- 2 saat 3) 2-4 saat 4) 4 ten fazla

27- Ebeveyn günlük dijital oyun oynama süresi

ANNE :

- 1) 1 saatten az 2) 1- 2 saat 3) 2-4 saat 4) 4 ten fazla

BABA :

- 1)1 saatten az 2) 1- 2 saat 3) 2-4 saat 4) 4 ten fazla

28- Evinizde ne kadar süre internet kullanılmaktadır ?

- 1) 1 yıl dan az  
2) 1-2 yıl arası  
3) 2-3 yıl  
4) 3 yıldan fazla

29-Evde internet kullanım kuralları nedir ?

- 1)Hafta içi ..... Saat 4)Sınırsız  
2)Hafta sonu ..... Saat 5)İnternet yok  
3)Her gün ..... saat

30- Bilgisayar/tablet/akıllı telefon ile interneti en sık aşağıdakilerden hangisi için kullanırsın? ( en sık )

- 1)Video izlemek, müzik dinlemek, film/dizi seyretmek ya da amaçsızca dolaşmak için.  
2)Sosyal paylaşım siteleri (Facebook, Twitter, Instagram, Youtube vb.) ve E-posta (e-mail)  
3)Ders çalışmak veya bilgi edinmek için.  
4) Oyun oynamak için  
5) İletişim amacıyla mesajlaşmak (sms, whatsapp, line, kakao, viber, tictoc, skype...)

### Çocuğa sorulacak sorular

31-Bilgisayar oyunları oynar mısınız?

- 1) Evet ( ) 2) Hayır ( )

32-Kaç yıldır bilgisayar oyunları oynuyorsun?

- 1) 1 yıldan az ( )  
2) 1-2 yıl ( )  
3) 2 yıldan fazla ( )

33-Bilgisayar oyunlarını nerede oynarsınız? ( Birden fazla seçenek işaretlenebilir)



## EK 2-ÇOCUKLAR İÇİN BİLGİSAYAR OYUN BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ

| Maddeler  | Hiçbir Zaman | Nadiren | Bazen | Sık sık | Her Zaman |
|---|--------------|---------|-------|---------|-----------|
| Bilgisayarda oynadığım oyunu bitirmek için yemek yemeyi geciktiririm.                       |              |         |       |         |           |
| Bilgisayar oyunu oynarken biri beni engellediğinde sinirlenirim.                            |              |         |       |         |           |
| Bilgisayar oyunu oynama zamanının gelmesini dört gözle beklerim.                            |              |         |       |         |           |
| Çoğu zaman bilgisayar oyunu oynamayı bırakmak istememe rağmen bırakamam.                    |              |         |       |         |           |
| Bilgisayar oyunu oynamaya başladığımda bana verilen süreden daha uzun süre oyun oynarım.    |              |         |       |         |           |
| Ne kadar çok bilgisayar oyunu oynasam da, bilgisayar oyunu oynamaya doyamam.                |              |         |       |         |           |
| Bilgisayarda oynadığım bir oyunu kazanmak için tekrar oyun oynama ihtiyacı duyarım.         |              |         |       |         |           |
| Bilgisayarda oyun oynamama izin vermedikleri için aileme kızarım.                           |              |         |       |         |           |
| Bilgisayar oyunu oynadığım zaman kendimi yalnız hissetmem.                                  |              |         |       |         |           |
| Bilgisayar oyunu oynarken kendimi, çoğu zaman kendi kendime bir şeyler söylerken bulurum.   |              |         |       |         |           |
| Arkadaşlarımın beni kabul etmesi için bende onların oynadığı bilgisayar oyunlarını oynarım. |              |         |       |         |           |
| Bilgisayar oyunu oynamadığım zamanlarda oyun oynayacağım zamanı hayal ederim.               |              |         |       |         |           |
| Bilgisayar oyunu bittikten sonra oyun esnasında yapmış olduğum hataları düşünürüm.          |              |         |       |         |           |
| Gerçek hayatta bilgisayardaki oyun karakterlerimin özelliklerini gösteririm.                |              |         |       |         |           |
| Bilgisayarda oyun oynamak için ödevimi aksattığım olur.                                     |              |         |       |         |           |
| Bilgisayarda oyun oynamak için okula geç kaldığım olur.                                     |              |         |       |         |           |
| Okul dışındaki vaktimin çoğunu bilgisayar oyunu oynayarak geçiririm.                        |              |         |       |         |           |
| Bilgisayarda oyun oynamayı dışarıda vakit geçirmeye tercih ederim.                          |              |         |       |         |           |
| Bilgisayarda oyun oynamak arkadaşlarımla birlikte olmaktan daha eğlencelidir.               |              |         |       |         |           |
| Bilgisayar oyunu oynadığım süre hakkında yanlış bilgi verdiğim olur.                        |              |         |       |         |           |
| Bilgisayarda oyun oynamayı diğer aktivitelere (spor yapma, tv izleme vb.) tercih ederim.    |              |         |       |         |           |

## EK 3-KERNS GÜVENLİ BAĞLAMA ÖLÇEĞİ

|    |   |   |   |            |   |   |   |
|----|---|---|---|------------|---|---|---|
| 1. | Bana çok benziyor<br><input type="checkbox"/> | Bana biraz benziyor<br><input type="checkbox"/> | Bazı çocuklar annelerine <b>kolayca güvenirler.</b>   | <b>AMA</b> | Bazı çocuklar annelerine <b>güvenip güvenemeyecekleri konusunda emin değildirlere.</b>      | Bana biraz benziyor<br><input type="checkbox"/> | Bana çok benziyor<br><input type="checkbox"/> |
| 2. | Bana çok benziyor<br><input type="checkbox"/> | Bana biraz benziyor<br><input type="checkbox"/> | Bazı çocuklar yaptıkları her şeye annelerinin çok karıştığını düşünürler.                     | <b>AMA</b> | Bazı çocuklar kendi başlarına bir şeyler yapmalarına annelerinin izin verdiğini düşünürler. | Bana biraz benziyor<br><input type="checkbox"/> | Bana çok benziyor<br><input type="checkbox"/> |
| 3. | Bana çok benziyor<br><input type="checkbox"/> | Bana biraz benziyor<br><input type="checkbox"/> | Bazı çocuklar için annelerinin yardım edeceğine inanmak kolaydır.                             | <b>AMA</b> | Bazı çocuklar için annelerinin yardım edeceğine inanmak zordur.                             | Bana biraz benziyor<br><input type="checkbox"/> | Bana çok benziyor<br><input type="checkbox"/> |
| 4. | Bana çok benziyor<br><input type="checkbox"/> | Bana biraz benziyor<br><input type="checkbox"/> | Bazı çocuklar annelerinin onlarla yeterince zaman geçirdiğini düşünürler.                     | <b>AMA</b> | Bazı çocuklar annelerinin onlarla yeterince zaman geçirmedini düşünürler.                   | Bana biraz benziyor<br><input type="checkbox"/> | Bana çok benziyor<br><input type="checkbox"/> |
| 5. | Bana çok benziyor<br><input type="checkbox"/> | Bana biraz benziyor<br><input type="checkbox"/> | Bazı çocuklar annelerine ne düşündüklerini veya hissettiklerini söylemekten pek hoşlanmazlar. | <b>AMA</b> | Bazı çocuklar annelerine ne düşündüklerini veya hissettiklerini söylemekten hoşlanırlar.    | Bana biraz benziyor<br><input type="checkbox"/> | Bana çok benziyor<br><input type="checkbox"/> |
| 6. | Bana çok benziyor<br><input type="checkbox"/> | Bana biraz benziyor<br><input type="checkbox"/> | Bazı çocuklar her şeyde annelerine ihtiyaç duymaz.  | <b>AMA</b> | Bazı çocuklar annelerine hemen hemen her şey için ihtiyaç duyar.                            | Bana biraz benziyor<br><input type="checkbox"/> | Bana çok benziyor<br><input type="checkbox"/> |

7.

|   |   |   |            |   |   |   |
|---|---|---|------------|---|---|---|
| Bana çok benziyor<br><input type="checkbox"/> | Bana biraz benziyor<br><input type="checkbox"/> | Bazı çocuklar <b>“Keşke anneme daha yakın olabilseydim”</b> derler. | <b>AMA</b> | Bazı çocuklar <b>annelerine olan yakınlıklarıyla mutludurlar.</b> | Bana biraz benziyor<br><input type="checkbox"/> | Bana çok benziyor<br><input type="checkbox"/> |
|---|---|---|------------|---|---|---|

8.

|   |   |  |            |   |   |   |
|---|---|--|------------|---|---|---|
| Bana çok benziyor<br><input type="checkbox"/> | Bana biraz benziyor<br><input type="checkbox"/> | Bazı çocuklar <b>annelerinin onları gerçekten sevmediğinden</b> endişe duyarlar. | <b>AMA</b> | Bazı çocuklar <b>annelerinin onları sevdiğinden emindirler.</b> | Bana biraz benziyor<br><input type="checkbox"/> | Bana çok benziyor<br><input type="checkbox"/> |
|---|---|--|------------|---|---|---|

9.

|   |   |   |            |   |   |   |
|---|---|---|------------|---|---|---|
| Bana çok benziyor<br><input type="checkbox"/> | Bana biraz benziyor<br><input type="checkbox"/> | Bazı çocuklar <b>annelerinin onları anladığını</b> hissederler. | <b>AMA</b> | Bazı çocuklar <b>annelerinin onları anlamadığını</b> hissederler. | Bana biraz benziyor<br><input type="checkbox"/> | Bana çok benziyor<br><input type="checkbox"/> |
|---|---|---|------------|---|---|---|

**EK 4-YAKIN İLİŞKİLERDE YAŞANTILAR ENVANTERİ-II ORTA  
ÇOCUKLUK ÖLÇEĞİ**

| Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II Orta Çocukluk Ölçeği   |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
|--|--------------------|----------------|--------------------|--------------|---------------------|---------------|-----------------------|
| Her cümleyi dikkatle okuyarak sizin için hangi düzeyde bir anlam ifade ediyorsa bu durumu karşısındaki kutucuğun içine (X) işaretiyle lütfen belirtiniz. | 1=Hiç katılmıyorum | 2=Katılmıyorum | 3=Pek katılmıyorum | 4=Kararsızım | 5=Biraz katılıyorum | 6=Katılıyorum | 7=Tamamen katılıyorum |
| 1. Annem artık beni sevmeyecek diye korkuyorum.  |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 2. Gerçekte ne hissettiğimi anneme söylemekten hoşlanmıyorum.  |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 3. Annemin beni terk edebileceğinden korkuyorum.   |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 4. Anneme ne düşündüğümü ve ne hissettiğimi kolaylıkla söylerim.   |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 5. Annemin beni gerçekten sevmediğinden korkuyorum.  |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 6. Annemin yardımına ihtiyacım olduğunu kabul etmekte zorlanırım.  |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 7. Annemin, benim onu sevdiğim kadar beni sevmediğinden endişe ediyorum.   |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 8. Anneme yakın olmak, ona sarılmak konusunda rahatımdır.  |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 9. Benim annemi sevdiğim kadar annemin de beni sevmesini isterim.  |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 10. Kendim hakkındaki birçok şeyi anneme söylemekte zorlanırım.  |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 11. Annemle olan ilişkimiz hakkında kaygılanıyorum.  |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 12. Annemle çok yakın olmayı tercih etmem.   |                    |                |                    |              |                     |               |                       |

| Her cümleyi dikkatle okuyarak <i>sizin için hangi düzeyde</i> bir anlam ifade ediyorsa bu durumu <i>karşısındaki kutucuğun içine (X)</i> işaretiyle lütfen belirtiniz. | 1=Hiç katılmıyorum | 2=Katılmıyorum | 3=Pek katılmıyorum | 4=Kararsızım | 5=Biraz katılıyorum | 6=Katılıyorum | 7=Tamamen katılıyorum |
|--|--------------------|----------------|--------------------|--------------|---------------------|---------------|-----------------------|
| 13. Annemi görmediğim zamanlarda beni artık düşünmüyor diye endişeleniyorum.   |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 14. Annem bana çok fazla sarılıp kucakladığında rahatsız olurum.   |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 15. Anneme sevgimi gösterdiğimde, onun beni aynı derecede sevmeyeceğinden korkarım.  |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 16. Kendimi anneme her zaman yakın hissederim.   |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 17. Annemin beni terk edeceğinden pek korkmam.   |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 18. Anneme yakın olmak benim için hiç de zor değildir.   |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 19. Annemin söylediği ve yaptığı bazı şeyler kendimden şüphe etmeme neden olur.  |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 20. Sorunlarım ve endişelerim hakkında annemle konuşurum.  |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 21. Annemin beni terk edeceğinden korkmuyorum.   |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 22. Kendimi kötü hissettiğimde annemle konuşmak beni rahatlatır.   |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 23. Annemin bazen, benim istediğim kadar yakın olmak istemediğini hissediyorum.  |                    |                |                    |              |                     |               |                       |

| Her cümleyi dikkatle okuyarak sizin için hangi düzeyde bir anlam ifade ediyorsa bu durumu karşısındaki kutucuğun içine (X) işaretiyle lütfen belirtiniz. | 1=Hiç katılmıyorum | 2=Katılmıyorum | 3=Pek katılmıyorum | 4=Kararsızım | 5=Biraz katılıyorum | 6=Katılıyorum | 7=Tamamen katılıyorum |
|--|--------------------|----------------|--------------------|--------------|---------------------|---------------|-----------------------|
| 24. Anneme hemen hemen her şeyi anlatırım.   |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 25. Bazen annemin bana olan duygularının sebepsiz yere değiştiğini düşünüyorum.  |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 26. Her şeyi olduğu gibi annemle konuşurum.  |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 27. Kendimi anneme çok yakın hissetmek istediğim halde, onun bundan hoşlanmayacağından korkuyorum.   |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 28. Annem bana çok yakın olmayı istediği zamanlarda kendimi rahatsız ve gergin hissediyorum.   |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 29. Gerçekten ne düşündüğümü ve hissettiğimi bilirse annemin artık beni sevmeyeceğinden korkuyorum.  |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 30. Annemden kolaylıkla yardım isteyebilirim.  |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 31. Annemden istediğim kadar sevgi ve destek görmediğim için ona kızgınım.   |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 32. Anneme kolaylıkla güvenebilirim.   |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 33. Annemin diğer çocukları düşündüğü kadar beni düşünmeyeceğinden korkarım.   |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 34. Anneme olan sevgimi göstermek benim için kolaydır.   |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 35. Ancak bir sorun çıkardığımda annemin dikkatini çekebildiğimi düşünüyorum.  |                    |                |                    |              |                     |               |                       |
| 36. Annemin beni çok iyi anladığını hissediyorum.  |                    |                |                    |              |                     |               |                       |

**EK 5-DSM-IV'E DAYALI DEB/DEHB TANI VE DEĞERLENDİRME  
ENVANTERİ (Turgay, 1995)**

|   |   | Sorunun şiddeti ve sıklığı |       |          |         |
|---|---|----------------------------|-------|----------|---------|
|   |   | Hiç                        | Biraz | Sıklıkla | Çok sık |
|   | <b>DİKKAT EKSİKLİĞİ</b>   |                            |       |          |         |
| 1 | Ayrıntılara dikkat etmekte zorluk ya da okul, iş ve diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapma   | 0                          | 1     | 2        | 3       |
| 2 | Dikkat gerektiren görevler ya da işlerde dikkati sürdürme güçlüğü   | 0                          | 1     | 2        | 3       |
| 3 | Birisiyle yüz yüze konuşurken dinlemede güçlük çekme veya dinlemiyormuş gibi görünme  | 0                          | 1     | 2        | 3       |
| 4 | Okul ödevlerini ya da verilen görevleri bitirmekte zorlanma, verilen yönergeleri izlemekte zorluk çekme (işleri anlama güçlüğüne ya da inatlaşmaya bağlı değildir)        | 0                          | 1     | 2        | 3       |
| 5 | Görevleri ve etkinlikleri düzenlemede / planlamada güçlük çeker   | 0                          | 1     | 2        | 3       |
| 6 | Uzun zihinsel çaba (kafayı çalıştırmayı gerektiren matematik, türkçe ödevleri gibi) gerektiren işlerden kaçınma, bu işlerden Hoşlanmama ya da bu işlere karşı isteksizlik | 0                          | 1     | 2        | 3       |
| 7 | Görev ve etkinlikler için gereken eşyaları kaybetme (örn: oyuncak, okul ödevleri, kalem, kitap ya da araç gereç)  | 0                          | 1     | 2        | 3       |
| 8 | Dikkatin kolayca dağılması  | 0                          | 1     | 2        | 3       |
| 9 | Günlük etkinliklerde unutkanlık   | 0                          | 1     | 2        | 3       |
|   | <b>HİPERAKTİVİTE</b>  |                            |       |          |         |
| 1 | El ve ayakların kıpır kıpır olması, oturduğu yerde duramama   | 0                          | 1     | 2        | 3       |
| 2 | Oturulması gereken durumlarda yerinden kalkma   | 0                          | 1     | 2        | 3       |
| 3 | Koşuşturup durma ya da huzursuzluk hissi  | 0                          | 1     | 2        | 3       |
| 4 | Boş zaman faaliyetlerini sessizce yapmakta güçlük   | 0                          | 1     | 2        | 3       |
| 5 | Sürekli hareket halinde olma ya da sanki motor takılıymış gibi hareket etme   | 0                          | 1     | 2        | 3       |
| 6 | Çok konuşma   | 0                          | 1     | 2        | 3       |
| 7 | Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verme  | 0                          | 1     | 2        | 3       |
| 8 | Sıra beklemekte zorluk çekme  | 0                          | 1     | 2        | 3       |
| 9 | Başkalarının işine karışma ya da konuşmalarını bölme  | 0                          | 1     | 2        | 3       |
|   | <b>KARŞIT OLMA KARŞIT GELME BOZUKLUĞU</b>   |                            |       |          |         |
| 1 | Öfkelenir, kontrolünü kaybeder.   | 0                          | 1     | 2        | 3       |
| 2 | Büyükleriyle tartışır.  | 0                          | 1     | 2        | 3       |
| 3 | Büyüklerin kurallarına ya da isteklerine karşı çıkar ya da reddeder.  | 0                          | 1     | 2        | 3       |
| 4 | İsteyerek başkalarını kızdıran şeyler yapar.  | 0                          | 1     | 2        | 3       |
| 5 | Kendi yaramazlıkları, hatalı davranışları için çoğu zaman başkalarını suçlar.   | 0                          | 1     | 2        | 3       |
| 6 | Çoğu zaman alıngandır, çabuk darılır ya da başkalarınınca kolay kızdırılır.   | 0                          | 1     | 2        | 3       |
| 7 | Çoğu zaman içerlenir, kızgın ve güceniktir.   | 0                          | 1     | 2        | 3       |
| 8 | Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister.   | 0                          | 1     | 2        | 3       |
|   | <b>DAVRANIM BOZUKLUĞU</b>   |                            |       |          |         |
| 1 | Kabadayılık eder, tehdit eder ya da gözdağı verir.  | 0                          | 1     | 2        | 3       |
| 2 | Kavga dövüşü başlatır.  | 0                          | 1     | 2        | 3       |
| 3 | Başkalarının ciddi olarak yaralanmasına neden olur. (örneğin taş, sopa, kırık şişe, bıçak, tabanca vs.)   | 0                          | 1     | 2        | 3       |
| 4 | İnsanlara fiziksel olarak acımasız davranır.  | 0                          | 1     | 2        | 3       |
| 5 | Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır.   | 0                          | 1     | 2        | 3       |
| 6 | Başkalarının gözü önünde hırsızlık yapar. (örneğin saldırganlık, soygun, çanta kapıp kaçmak, tehdit ile soyma, silahlı soygun.)   | 0                          | 1     | 2        | 3       |
| 7 | Başka birine cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar.  | 0                          | 1     | 2        | 3       |

|    |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|
| 8  | Ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarır.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9  | Başkalarının malına mülküne isteyerek zarar verir.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10 | Başkalarının evine, binasına ya da aracına zorla girer.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11 | Bir çıkar sağlamak ya da sorumluluklardan kaçmak için yalan söyler.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12 | Hiç kimse görmeden değerli eşyaları çalar.(mağazalardan mal çalma, sahtekarlık)   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13 | Anne babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az geceleyin 2 kez evden kaçır, (ya da uzun süreli dönmemiş ise bir kez) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14 | 13 yaşından önce iken evden kaçır.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15 | Yaşı 13'ten önce iken çoğu zaman okuldan kaçır  | 0 | 1 | 2 | 3 |



## EK 6- AİLE İNTERNET TUTUM ÖLÇEĞİ

| Aşağıdaki sorularda size en uygun gelen şıkkı (X) ile işaretleyiniz.                   | Hiç                   | Katılmıyor            | Kararsızım            | Katılıyor             | Tamamen               |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1-Ailem, internet kullanırken benim yanımda bulunur.                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2-Ailem, internet kullanırken beni izler.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3-Ailem, internette ne yaptığımı kontrol eder.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4-Ailem, internette belirli sitelere girmemi engellemek için özel yazılımlar kullanır. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5-Ailem, uygunsuz sitelere girdiğimde internet erişimimi durdurur.                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6-Ailem, chat (sohbet/MSN) yaptığımda internet erişimimi durdurur.                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7-Ailem, günün belli zamanlarında internet kullanmama izin verir.                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8-Ailem, internet kullanma süremi sınırlandırır (1 saat gibi).                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9-Ailem, internet kullanımımı sınırlandırır (Sadece oyun oynama gibi).                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10-Ailem, gireceğim web sayfalarını sınırlandırır (Müzik siteleri gibi).               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11-Ailem, internette kimlerle iletişime gireceğimi belirler.                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12-İnternet kullanım kurallarını ailemle beraber belirleriz.                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13-İnternet kullanım kurallarının gerekliliğini ailem bana açıklar.                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14-Aileme internette ne arayacağımı ve neler bulduğumu söylerim.                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15-İnternette ne yapacağım hakkında ailemle konuşurum.                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16-İnternette kiminle arkadaşlık kuracağım hakkında ailemle konuşurum.                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17-Ailem, internetin sağladığı zengin olanaklar hakkında beni bilgilendirir.           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18-Ailem, internetin zararları hakkında benimle konuşur.                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19-Aileme internette neler yaptığımı anlattığımda beni dinler.                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20-İnternet kullanırken teknik bir problemle karşılaştığımda ailem bana yardımcı olur. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## EK 7-HOLLINGSHEAD-REDLICH ÖLÇEĞİ

Ailenin (Ebeveynin) Sosyoekonomik-Sosyokültürel Düzeyi

Her iki ebeveynin de meslek ve eğitim durumlarını esas alan, standart Hollingshead-Redlich Ölçeğini kullanarak sosyoekonomik sosyokültürel düzeyi özetleyin (belirleyin). Bu belirli bir süre için ulaşılmış en üst düzeyi yansıtan "genel ya da "gestalt" bir ölçüm olacaktır. Eğer beklenmedik durumlar meydana gelmişse bunu not ediniz (örneğin; baba uzun yıllar büyük bir şirketin yöneticisi iken ağır bir depresyon nedeni ile elli yaşından sonra işsiz kalmışsa. Bu örnek bir miktar şüphe ile kesinlik arz etmeden "1" şeklinde kodlanmalıdır).

|   |   |
|---|---|
| -Varlıklı, eğitilmiş toplumsal katmanda aile                                  | 1 |
| -Üniversite eğitimi almış, meslek sahibi ya da yüksek idari konumda anne-baba | 2 |
| -Küçük iş adamı, beyaz yakalı ya da vasıflı işçi, lise mezunu anne-baba       | 3 |
| -Yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında eğitilmiş anne-baba                | 4 |
| -Yarı vasıflı işçi, eğitimsiz, ilkokul düzeyinde eğitilmiş anne-baba          | 5 |
| -Bilinmeyen   | 6 |