

**TC**  
**BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**OYUN OYNAMA BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİ – EBEVEYN FORMU’NUN**  
**GELİŞTİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**  
**DR. ERDEM ERTAŞ**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ali Güven KILIÇOĞLU**

**TEMMUZ 2020**

**TC**  
**BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**OYUN OYNAMA BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİ – EBEVEYN FORMU’NUN**  
**GELİŞTİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**  
**DR. ERDEM ERTAŞ**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ali Güven KILIÇOĞLU**

**TEMMUZ 2020**

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallara bağlı kalarak elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucu elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesinde belirttiğimi, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Dr. Erdem ERTAŞ

2020

## TEŞEKKÜR

Birlikte geçirdiğimiz 2 yıl boyunca engin tecrübe ve bilgisini esirgemeyen, asistanı olmaktan onur duyduğum Anabilim Dalı Başkanımız ve tez danışmanım Doç. Dr. Ali Güven Kılıçoğlu'na,

Bezmialem Vakıf Üniversitesi'ni tercih etme sebebim olan, vizyonu ve rehberliği ile klinisyen kimliğimi şekillendiren Doç. Dr. Vahdet Görmez'e,

Asistanlık sürecimde desteğini hiçbir zaman esirgemeyen Doç. Dr. Abdurrahman Cahid Örengül'e ve kısa bir süre için de olsa birlikte çalışma fırsatı bulduğum Uzm. Dr. Songül Derin'e,

Psikiyatri, Çocuk Nöroloji ve Adli Tıp rotasyonlarında bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Prof. Dr. İsmet Kırpınar, Prof. Dr. Akın İşcan, Prof. Dr. Dilara Füsün İçağasıoğlu, Doç. Dr. Erdem Deveci, Doç. Dr. Murat Coşkun, Doç. Dr. Nusret Soylu ve diğer tüm hocalarım ile asistan arkadaşlarıma,

“İstanbul serüvenim” boyunca sayısız güzel anı biriktirmeme ve asistanlık sürecimi mutlulukla geçirmeme neden olan birbirinden değerli iş arkadaşlarım, Uzm. Dr. Yavuz Meral, Dr. Tuba Bilbay Kaynar, Dr. Selenge Baljinyam, Dr. Nigar Aliyeva, Dr. Telli Zadehgan Afshord, Dr. Pınar Coşkun, Uzm. Psk. Aslı Tankurt Yalçınkaya, Uzm. Psk. Sümeyye Akkoyun Uyan ve değerli sekreterimiz Tuğçe Nur Yelkenci'ye,

Veri toplama sürecinde araştırmamı kendi araştırması gibi benimseyip emek veren tüm arkadaşlarım ve büyüklerime,

Her zaman bir şekilde yüzümü güldürmeyi başaran Kaya Çelebi'ye,

Hayata gözlerimi açtığım ilk günlerden bugüne kadar her anımda koşulsuz desteği ile yanımda duran Süleyman Çakıroğlu ve biricik eşi Oya Çelebi Çakıroğlu'na,

Ve her daim yolumu aydınlatmış canım annem, babam ve kardeşlerime...

Sonsuz sevgi ve saygılarımı sunarım.

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	III
İÇİNDEKİLER.....	IV
TABLOLAR LİSTESİ.....	VII
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	VIII
KISALTMALAR ve SİMGELER LİSTESİ.....	IX
ÖZET.....	X
SUMMARY.....	XI
<b>1. GİRİŞ ve AMAÇ.....</b>	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırmanın Önemi.....	4
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>5</b>
2.1. Oyun Oynama Bozukluğu.....	5
2.1.1. Tarihçe.....	5
2.1.2. Güncel tanımlamalar ve tanı kriterleri.....	6
2.1.3. Epidemiyoloji.....	9
2.1.4. Nörobiyolojik çalışmalar.....	11
2.1.5. Etiyoloji.....	15
2.1.5.1. Bilişsel davranışçı model.....	16
2.1.5.2. Bağımlılığın bileşenleri modeli.....	17
2.1.5.3. Özgül internet kullanım bozuklukları için kişilik- duygu-biliş-yürütme (I-PACE) modeli.....	18
2.1.5.4. Oyun oynama bozukluğu tipleri modeli.....	18
2.1.6. Değerlendirme.....	19
2.1.6.1. Psikometrik değerlendirme.....	19
2.1.6.2. Klinik değerlendirme.....	20
2.1.7. Tedavi.....	21
2.1.8. Sonuç.....	22
2.2. Ölçme Kavramı.....	23
2.2.1. Ölçmenin tanımı.....	23
2.3. Bir Ölçekte Bulunması Gereken Özellikler.....	23

2.3.1. Standardizasyon.....	23
2.3.2. Geçerlik.....	24
2.3.2.1. Kapsam geçerliği.....	24
2.3.2.2. Madde analizi.....	24
2.3.2.3. Yapı geçerliği.....	25
2.3.3. Güvenirlik.....	26
2.3.3.1. Test – tekrar test yöntemi.....	26
2.3.3.2. İç tutarlılık.....	26
2.4. Likert Tipi Ölçekler.....	27
2.4.1. Likert tipi ölçek geliştirme basamakları.....	27
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>	<b>28</b>
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tasarımı.....	28
3.2. Taslak Ölçeğin Oluşturulma Süreci.....	28
3.3. Veri Toplama Araçları.....	30
3.3.1. Sosyodemografik veri formu.....	30
3.3.2. Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği – Ebeveyn Formu (OOBÖ – EF).....	30
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	31
3.5. Ölçeğin Uygulanması.....	32
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Yöntemler.....	32
3.7. Araştırmanın Etik İzinleri.....	32
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>35</b>
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Oyun Oynama Özellikleri.....	35
4.2. Geçerlik Analizi.....	37
4.2.1. Kapsam geçerliği.....	37
4.2.2. Pilot uygulama.....	37
4.2.3. Madde analizi.....	38
4.2.4. Yapı geçerliği.....	40
4.2.4.1. Açımlayıcı faktör analizi (AFA).....	40
4.2.4.2. Doğrulayıcı faktör analizi (DFA).....	43
4.3. Güvenirlik Analizi.....	45
4.3.1. Test – retest güvenirliliği.....	45
4.3.2. İç tutarlılık analizi.....	46
4.4. OOBÖ – EF ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi.....	46

4.4.1. Ölçek ve alt boyutlarına ilişkin açıklama ve puanlanma.....	46
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>48</b>
5.1. OOBÖ – EF Geçerliği.....	48
5.2. OOBÖ – EF Güvenirliği.....	50
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>52</b>
6.1. Sonuç.....	52
6.2. Öneriler.....	52
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>54</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>62</b>
EK A – Etik Kurul Onayı.....	62
EK B – Sosyodemografik Veri Formu.....	65
EK C – 19 maddelik taslak ölçek.....	68
EK D – Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği – Ebeveyn Formu (OOBÖ – EF) .....	69
EK E – Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu.....	70
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>72</b>

## TABLULAR LİSTESİ

- Tablo 2.1** : OOB değerlendirme araçları
- Tablo 3.1** :  $\alpha:0.05$  anlamlılık düzeyinde KGI minimum/kritik değerleri
- Tablo 3.2** : Verilerin değerlendirilmesi için kullanılan yöntemler
- Tablo 4.1** : Katılımcıların sosyodemografik özellikleri
- Tablo 4.2** : OOBÖ – EF kapsam geçerlik oranı sonuçları
- Tablo 4.3** : Düzeltilmiş madde-toplam korelasyonu ve madde silindikten sonraki Cronbach  $\alpha$  değerleri
- Tablo 4.4** : Maddelerin ortalama, standart sapma, basıklık ve çarpıklık değerleri
- Tablo 4.5** : KMO katsayısı ve Bartlett testi
- Tablo 4.6** : Ölçeğin faktör yapısı ve ölçek maddelerinin faktör yükleri
- Tablo 4.7** : Ölçek alt boyutlarının özdeğer, açıklanan varyans ve toplam varyans oranları
- Tablo 4.8** : OOBÖ – EF alt boyutları ve maddeleri
- Tablo 4.9** : OOBÖ – EF uyum iyiliği indeks değerleri, kabul edilebilir ve iyi uyum iyiliği değerleri
- Tablo 4.10** : Test – tekrar test uygulamasından elde edilen toplam puanlar arasındaki fark
- Tablo 4.11** : Test - tekrar test uygulamasından elde edilen toplam puan korelasyonları
- Tablo 4.12** : OOBÖ – EF bütünü ve alt boyutların iç tutarlık katsayıları (n:750)
- Tablo 4.13** : OOBÖ – EF ve alt boyutları

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3.1 : OOBÖ – EF geliştirme süreci

Şekil 4.1 : OOBÖ – EF birinci düzey DFA path diyagramı



## KISALTMALAR ve SİMGELER LİSTESİ

<b>APA</b>	: Amerikan Psikiyatri Birliği
<b>İOOB</b>	: İnternet oyun oynama bozukluğu
<b>OOB</b>	: Oyun oynama bozukluğu
<b>DSM-5</b>	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı – Beşinci baskı
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>ICD-11</b>	: Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması – 11. Revizyon
<b>DSM-III-R</b>	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı – Gözden Geçirilmiş Üçüncü Baskı
<b>DSM-IV</b>	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı – Dördüncü Baskı
<b>SMB</b>	: Sosyal medya bağımlılığı
<b>MRG</b>	: Manyetik rezonans görüntülemesi
<b>DLPFK</b>	: Dorsolateral prefrontal korteks
<b>ASK</b>	: Anterior singulat korteks
<b>OFK</b>	: Orbito-frontal korteks
<b>I-PACE</b>	: Kişilik-duygu-biliş-yürütme etkileşimi
<b>DEHB</b>	: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu
<b>BDT</b>	: Bilişsel davranışçı terapi
<b>MDB</b>	: Majör depresif bozukluk
<b>KGİ</b>	: Kapsam geçerlik indeksi
<b>AFA</b>	: Açımlayıcı faktör analizi
<b>DFA</b>	: Doğrulayıcı faktör analizi
<b>KGO</b>	: Kapsam geçerlik oranı
<b>SPSS</b>	: Statistical Package of Social Science
<b>KMO</b>	: Kaiser-Meyer-Olkin
<b>SS</b>	: Standard sapma

## ÖZET

### Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği – Ebeveyn Formu’nun Geliştirilmesi

**Giriş:** Oyun oynama bozukluğu, çocuk ve ergenlerde sıklıkla karşılaşılan önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Bu fenomenin çocuk ve ergenlerdeki zarar verici etkileri birçok çalışma ile belgelenmiştir. Buna rağmen klinik ortamda değerlendirmeye yardımcı olacak ölçüm araçlarının sayısı yetersizdir.

**Amaç:** Bu çalışmanın temel amacı, çocuk ve ergenlerdeki oyun oynama bozukluğu semptomlarının ebeveynler tarafından değerlendirilmesine imkan veren, Türk kültürüne uygun geçerli ve güvenilir bir psikometrik ölçüm aracı geliştirmektir.

**Gereç ve yöntem:** Çevrimiçi bir anket aracılığıyla, 6-18 yaş arası ( $11.7 \pm 3.44$ ) çocuğu olan 750 ebeveyn çalışmamıza katılmıştır. Geçerlik çalışması amacıyla örneklem grubu ikiye bölünmüş, 380 kişiye açılıyıcı faktör analizi (AFA), 370 kişiye ise doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır. Güvenirlik analizi için ise test – tekrar test analizi ve iç tutarlılık araştırılmıştır.

**Bulgular:** AFA sonucunda, ICD-11 Oyun Oynama Bozukluğu tanı kriterleri ile uyumlu şekilde, 15 maddelik ölçeğin üç alt boyut içerdiği (kontrol yetersizliği, önceliğin artması, olumsuz sonuçlar) gözlenmiş, DFA’da ise bu yapı doğrulanmıştır. Bu sonuçlara göre Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği – Ebeveyn Formu’nun geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu ispatlanmıştır.

**Sonuç:** Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği – Ebeveyn Formu, ICD-11 Oyun Oynama Bozukluğu tanı kriterlerini temel alan, 6-18 yaş arası çocuk ve ergenlerdeki oyun oynama bozukluğu semptomlarının ebeveynler tarafından değerlendirilmesine imkan veren bir ölçektir. Geliştirilen bu ölçeğin oyun oynama bozukluğunun klinik değerlendirme sürecine ve bilimsel araştırmalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## SUMMARY

### Development of the “Gaming Disorder Scale - Parent Form”

**Introduction:** Gaming disorder is an important public health concern that mostly seen among children and adolescents. The impairing effects of this phenomenon have been documented in several studies. However, the measurement tools that help to evaluate in clinical environment are insufficient.

**Aim:** The main goal of this study is to develop a valid and reliable psychometric measurement tool adopted in Turkish culture, which enables evaluating the gaming disorder symptoms of the children and adolescents by their parents.

**Material and Method:** 750 parents with a child aged between 6-18 ( $11.7 \pm 3.44$ ) participated in our study through an online questionnaire. With the purpose of validity study, the sample was divided into two parts; exploratory factor analysis (EFA) was applied for 380 participants, and confirmatory factor analysis (CFA) was applied for 370 participants. For the reliability analysis, test-retest analysis and internal consistency were investigated.

**Results:** As a result of the EFA, in conformance with the ICD-11 Gaming Disorder diagnosis criteria, it was monitored that the 15-item scale includes three sub-dimensions (impaired control, increase in precedence, negative results) and this structure was confirmed with the CFA. According to these results, it was proved that Gaming Disorder Scale - Parental Form is a valid and reliable measurement tool.

**Conclusion:** Gaming Disorder Scale – Parent Form that is based on the criteria of ICD-11 Gaming Disorder is a valid and reliable scale in Turkish culture. The scale allows parents to evaluate the gaming disorder symptoms of their children aged between 6 and 18. It is thought that this scale will contribute to the clinical evaluation process and research of the gaming disorder.

# 1. GİRİŞ ve AMAÇ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

2019 yılında yayımlanan Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre, Türkiye’de genel nüfusun internet kullanım oranı %75,3’tür. Yaş grupları ayrı ayrı değerlendirildiğinde ise 16-24 yaş arası genç nüfusun %90,8’inin interneti hemen her gün kullandığı görülmektedir. İnternet kullanan bireylerin %93,9’u mesajlaşma, %82,7’si sosyal medya, 35,3’ü ise oyun oynama amaçlı interneti kullanmaktadır [1].

Amerika’da “Eğlence Yazılımı Derneği”nin 2019 araştırma raporuna göre tüm Amerikalıların %65’inin video oyun oynadığı gözlenmektedir. Yine aynı araştırmada oyun oynayanların %54’ünün erkek, %46’sının ise kadın cinsiyette olduğu belirtilmiştir [2]. Ulusal çapta yapılan başka bir araştırmada ise 8-18 yaş arası Amerikan gençlerinin %88’inin dijital oyun oynadığı bulunmuştur [3].

Türkiye’de oyun oynama sıklığını araştıran çalışmalar ise yeterli düzeyde değildir. Güvenli İnternet Merkezi’nin yayınladığı Dijital Oyunlar Raporu’na göre, 2019 yılı itibariyle Türkiye’de yaklaşık 30 milyon insan oyun oynamaktadır [4]. Özellikle Covid-19 pandemisi sonrası evde kalan çocukların online oyun oynama saatlerinde artış olduğu yönünde dünya çapında birçok yayına rastlanmaktadır [5-7]. Ülkemizde de buna benzer bir durumun olduğunu söylemek sürpriz olmayacaktır. Oyun oynama miktarındaki artışla birlikte birçok yordayıcı faktörün, problemlerle oyun oynama gelişimi de dahil, kısa ve uzun dönemdeki birçok negatif etkisinin olduğu çeşitli araştırmada gösterilmiştir [8].

Aşırıya kaçmadan dijital oyun oynamanın normal olduğu, bireylere duygusal boşalma ve rahatlama gibi olumlu katkılar sağladığını belirten araştırmalar vardır [9, 10]. Granic, 2014 yılında yayınladığı makalesinde oyun oynamanın depresyon, şiddet, bağımlılık gibi negatif etkilerini bildiren çalışmaların değerini küçümsememekle birlikte, oyun oynama etkinliğine daha dengeli bir bakış açısından yaklaşılması gerektiğini belirtmiş ve oyunların bireyler üzerindeki bilişsel, motivasyonel, duygusal

ve sosyal faydalarına vurgu yapmıştır [11]. Diğer taraftan bakıldığında çeşitli risk faktörlerine sahip kişilerin dijital oyunları kişisel sorunlarının üstesinden gelme amacıyla oynayabileceğini; bu durumun aşırıya kaçmasının gencin “normal” ilişkilerini, eğitsel sorumluluklarını ihmal etmesine sebep olabileceğini söyleyen yayımlar ise azımsanmayacak kadar çoktur [12]. Jo ve arkadaşları, çoğu bireyin interneti/oyunu/akıllı telefonu rahatlama ve eğlence amaçlı kullandığını belirtmiş, alkol içen herkesin alkol bağımlısı olmadığı gibi oyun oynayan herkesin de bağımlılık geliştirmediğini vurgulamıştır. Oyunun kendisine "iyi veya kötü" şeklinde dikotomik yaklaşmak yerine oyun oynamanın aynı alkol alımı gibi "uyumsuz veya patolojik" yöne kayabilme potansiyeli olan bir etkinlik olduğunu ifade etmiştir. Genel olarak bakıldığında oyun oynama isteği birey tarafından kontrol edilemiyor; bireyin duygularında, düşüncelerinde ve sosyal yaşamında olumsuz değişikliklere neden oluyor ise bağımlılık olasılığından bahsedilmektedir [13].

Her ne kadar bu fenomen Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından 2013’te “internet oyun oynama bozukluğu” (İOOB) adıyla tanımlanmış olsa da, bu tarihten önce birçok araştırmacı bu fenomene farklı kavramsal çerçevelerden yaklaşmış, çalışmalarında farklı adlandırmalar yapmış, çeşitli tanı kriterleri önermiş ve değişik ölçme araçları kullanmıştır. Bu adlandırmalar arasında “sorunlu çevrimiçi oyun kullanımı”, “video oyun bağımlılığı”, “bilgisayar bağımlılığı”, “internet oyun bağımlılığı”, “bilgisayar oyunları bağımlılığı”, “patolojik video oyun kullanımı”, “problemlili video oyunları oynama”, “oyun bağımlılığı”, “çevrimiçi video oyun bağımlılığı”, “internet oyun oynama bozukluğu”, “oyun oynama bozukluğu” sayılabilir [14, 15]. Tezimizde bu fenomen, ICD terminolojisine uygun olarak oyun oynama bozukluğu (OOB) şeklinde adlandırılacaktır.

APA, oyun bağımlılığı kavramını 2013 yılında gündeme getirmiştir. “Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı – Beşinci Baskı” (DSM-5) için toplanan çalışma ekibi, literatürde prevalans çalışmalarının eksikliği sebebiyle standart bir tanımlama yapılmasının zorluğuna vurgu yapmış, bu fenomeni resmi bir ruhsal hastalık olarak sınıflandırılmadan önce “ileri araştırmalar gerektiren potansiyel bir psikiyatrik durum” olarak tanımlamıştır. Böylece oyun bağımlılığı kavramı resmi sınıflandırma sistemleri içine ilk kez İOOB adıyla dahil edilmiş; DSM 5’in 3. bölümünde “Daha İleri Çalışmalar Gerektiren Ruhsal Hastalıklar” kategorisi altında kendisine yer bulmuştur [15, 16].

DSM-5 İOOB için 9 kriter önermiştir. DSM-5'e göre hastalığın tanısının konulması için son 12 ay içinde bireyin 9 tanı kriterinden 5 veya daha fazlasını karşılıyor olması ve işlevselliğinde bozulma şartı aranmaktadır [16].

DSM-5 yayımlandıktan birkaç sene sonra Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), hastalığın "Oyun Oynama Bozukluğu" adıyla Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması – 11. Revizyon (ICD-11) beta sürümünde yer almasına karar vermiş, [17, 18] Mayıs 2019 yılında yapılan toplantıda ise OOB resmen bir hastalık olarak kabul edilmiştir [19].

DSM-5'e benzer şekilde, ICD-11'e göre hastalığın tanısını koyabilmek için oyun oynama davranışının minimum 12 aylık süre boyunca belirgin olması gerekmektedir. Bununla birlikte eğer tüm tanısız gereklilikler mevcutsa ve belirtiler şiddetliyse bu sürenin kısaldığı belirtilmiştir [20].

Oyun oynama bozukluğunun ruhsal, fiziksel ve sosyal açıdan olumsuz etkileri birçok araştırmada defalarca ortaya konmuştur [21]. Lee ve arkadaşları 2017 yılında yayımladığı bir gözden geçirme yazısında aşırı oyun oynamanın bireydeki zararlı etkilerini 4 grupta toplanmıştır. Bunlar zihinsel problemler (kaygı, depresyon), davranışsal problemler (şiddet, suç, online riskler), fiziksel sorunlar (uyku sorunları, görme problemleri, kas-iskelet sistemi hastalıkları) ve işlevsellikte azalma (sosyal ilişkilerde azalma, bilişsel problemler, akademik veya işle ilgili sorunlar) olarak belirtilmiştir [22].

Tüm bu araştırmalar, oyun oynamanın problemlili hale gelmesinde biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin etkili olduğunu ve hastalık bir kez geliştikten sonra bireyi birçok yönden negatif etkilediğini göstermektedir [23].

Görülme sıklığındaki artış ve toplum üzerindeki olumsuz etkileri dikkate alındığında, OOB'yi değerlendiren psikometrik araçların kısıtlı düzeyde olduğu görülmektedir. Türkçeye uyarlanan/geliştirilen ölçeklerin neredeyse hepsinin hasta tarafından doldurulduğu (özbildirim ölçekleri) gözlenmektedir. Özbildirim şeklinde doldurulan ölçekler epidemiyolojik veya klinik araştırmalarda bilgi toplamak için yaygın olarak kullanılsa da taraflı sonuçlar verebilmektedir (self-report bias). Özellikle veri toplama sırasında gizliliğin sağlanamadığı/sağlanmasının mümkün olmadığı durumlarda bireyin yargılanacağı/onaylanmayacağı ihtimaline dair önyargı taşıması verdiği cevapları etkileyebilmektedir (social desirability bias). Bu sorunun önüne

geçilmesinin en etkili yolu, verilerin ayrıca kendisini yakından tanıyan bir dış kaynaktan (örn. ebeveyn) elde edilmesidir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Mevcut araştırmanın amacı, ebeveynin çocuklarındaki oyun oynama bozukluğunu değerlendirebileceği bir ölçek geliştirmektir. Bu doğrultuda “Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği – Ebeveyn Formu”nun (OOBÖ – EF) geliştirilmesi ve psikometrik özelliklerinin araştırılması amaçlanmıştır.

## **1.3. Araştırmanın Önemi**

OOB, klinik pratikte tanısı atlanan ve olumsuz etkilerinin hafife alındığı ciddi bir problemdir. Risk altındaki gençlerin ruh sağlığı uzmanları tarafından zamanında fark edilmesi ve erken dönemde önlemler alınması gençlerde bağımlılık gelişimini önlemek veya bağımlılık gelişmişse gidişatın olumlu olmasını sağlamak için önemli bir rol oynamaktadır. Bu açıdan değerlendirildiğinde OOB için geliştirilen ölçme araçları poliklinik ortamında veya klinik araştırmalarda kullanılmak üzere önemli bir boşluğu dolduracaktır.

Ülkemizde OOB’yi ölçen kısıtlı sayıda ölçek bulunmaktadır. Ebeveynin OOB açısından çocuğunu değerlendirmesine olanak sağlayan ölçek ise bildiğimiz kadarıyla yoktur. Bu çalışma ile Türk kültürüne uygun, güvenilir ve geçerli bir ölçek geliştirilmesi planlanmıştır. Geliştireceğimiz ölçekle birlikte, Türkiye’de OOB ile ilgili yapılacak klinik ve akademik çalışmalar için önemli bir kazanım elde edileceği düşünülmektedir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Oyun Oynama Bozukluğu

#### 2.1.1. Tarihçe

Video oyunları ilk kez 1970'lerde piyasaya sürülmesine rağmen OOB ile ilgili ilk vakalar 1980'lerden sonra bildirilmeye başlamıştır [24]. Bu fenomenin “bağımlılık” yapıcı yönüne ilk kez Soper ve Miller'in dikkat çektiği düşünülmektedir [24, 25]. 1989'da Shotton'ın yayımladığı çalışma, oyun bağımlılığı üzerine yapılan ilk ampirik çalışmalardandır. Shotton bu fenomeni kavramsallaştırırken olumlu bir dil kullanmış; “bağımlıların” genel olarak son derece zeki, motive ve başarılı, fakat toplum tarafından yanlış anlaşılan insanlar olduğunu ifade etmiştir [26].

Egli ve Meyers'in 1984'te yayımladığı çalışmasında ise yazarlar video oyunlarının insanların yaşamları üzerine olumlu veya olumsuz herhangi bir etki yaratıp yaratmadığını araştırmıştır. Çalışma sonucunda oyun oynamanın olumsuz etkileriyle ilgili yargının yersiz olduğu belirtilmiş ve oyun oynamanın birçok kişi için zevk verici bir etkinlik olduğu ifade edilmiştir [27]. 1990'lı yıllarda konsol ve taşınabilir el cihazları yaygınlaştıkça yavaşça bu alana odaklanılmaya başlanmıştır. Bu yıllarda yapılan çalışmalarda öz-bildirim anketlerinin kullanıldığı, araştırmaların nispeten az sayıda örneklem grubuyla yapıldığı ve tanı kriterinin Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı – Gözden Geçirilmiş Üçüncü ve Dördüncü Baskısı'nda (DSM-III-R ve DSM-IV) bulunan patolojik kumar oynama hastalığından uyarlandığı göze çarpmaktadır. 2000'li yıllarda çoklu katılımlı oyunlar yaygınlaşmış, bu doğrultuda yapılan çalışmaların sayısı da hızla artmıştır. [24]. Günümüzde ise OOB'nin prevalansı, psikopatolojiler ile ilişkisi, risk faktörleri, klinik formülasyonları ve tedavisi ile ilgili çalışmalarda artış göze çarpmaktadır.

### 2.1.2. Güncel tanımlamalar ve tanı kriterleri

Geçmişte davranışsal bağımlılıkların genellikle “dürtü kontrol bozuklukları” ya da “madde bağımlılıkları” içinde kavramsallaştırıldığı görülmektedir. Bu bağlamda DSM-5 yayımlanmadan önce OOB'nin klinik tanısı, daha çok madde bağımlılığı ya da patolojik kumar oynama tanı kriterleri üzerinden konulmaya çalışılmıştır [8].

OOB'nin kavramsallaştırılmasıyla ilgili yayınlar 1980'lerin başına kadar dayanmaktadır [25]. OOB'nin internet bağımlılığının alt grubu mu, yoksa internet bağımlılığından bağımsız olarak ayrı bir davranışsal bağımlılık mı olduğu konusundaki tartışmaların bugün de devam ettiği gözlenmektedir. 1999 yılında Young ve arkadaşları, OOB'nin internet bağımlılığının bir alt grubu olduğunu iddia etmiştir [28]. Bu hipoteze karşılık başka birçok araştırmacı ise OOB'nin kavramsallaştırmasına farklı açılardan bakmıştır. Örneğin Király ve arkadaşları, 2073 kişinin katıldığı araştırmasında internet bağımlılığı ve OOB'nin kavramsal açıdan birbirinden farklı fenomenler olduğunu, bu iki hastalığın cinsiyet de dahil birçok açıdan farklılıklar taşıdığını vurgulamıştır [29].

Pontes, genel anlamda internetin bağımlılık nesnesi olmayabileceğini; ancak çevrimiçi oyun, seks ve kumar oynama gibi spesifik bağımlılıklar için araç olabileceğini belirtmiştir [30]. Benzer şekilde Brand ve arkadaşları, “fonksiyonel internet kullanımının”, “genelleşmiş internet bağımlılığının” ve “spesifik internet bağımlılığının” birbirinden ayrılması gerektiğini ifade etmiştir [31]. 9673 çocuğun katıldığı bir araştırmada Van Rooij ve arkadaşları bireylerin internetin kendisine değil, internet üzerinden erişilen çeşitli aktivitelere bağımlılık geliştirdiğini vurgulamıştır [32]. Özetle, internet bağımlılığı ile OOB'nin farklı kavramları ifade ettiği ve bağımlılığa sebep olan şeyin internetin kendisi yerine internet aracılığıyla ulaşılan spesifik aktiviteler olabileceğini savunan artan sayıda araştırma göze çarpmaktadır [30].

Bağımlılığın kavramsallaştırılması üzerine farklı araştırmacılar çeşitli önerilerde bulunmuşlardır. Bunlardan birisi, 2005 yılında Griffiths tarafından ortaya atılan “bağımlılığın bileşenleri modeli”dir. Griffiths bu model ile davranışsal bağımlılıkları teorik bir altyapı zemininde değerlendirmeyi hedeflemiştir [33]. Yazar 2009'da yazdığı makalesinde, iyi bir bağımlılık modelinin esnek, sorgulanabilir, bütünleştirici ve kliniği yansıtabilen özelliklere sahip olması gerektiğini belirtmiştir

[23]. “Bağımlılığın bileşenleri modeli”ne göre farklı davranışsal ve madde dışı bağımlılık türleri benzer ortak bileşenler içermekte ve bireyler çeşitli biyopsikososyal süreçler sonucunda bağımlılık geliştirmektedir. Bu ortak bileşenler; belirginlik, duygudurum düzenlemesi, tolerans, çekilme, çatışma ve nükstür. Bir davranışın bağımlılık olarak değerlendirilebilmesi için bu bileşenleri taşıması gerekmektedir [23, 33]. Griffiths’in bu modeli, daha sonra yayımlanacak olan DSM-5’in İOOB için önerdiği tanı kriterleri ile büyük benzerlikler taşımaktadır [34, 35].

DSM-5 hazırlanma sürecinde APA, davranışsal ve madde dışı bağımlılıkları incelemesi için bir çalışma grubunu yetkilendirmiş; çalışma grubu ise kumar oynama, internet oyun oynama, iş, alışveriş, seks ve egzersiz gibi madde dışı bağımlılıkları ele alan yayınları incelemiştir. Değerlendirmeler sonucunda iki adet madde dışı bağımlılık (kumar oynama bozukluğu ve İOOB) DSM-5’e dahil edilmeye değer görülmüştür [36].

DSM-5’e göre İOOB tanısı koymak için son 12 ay içinde bireyin video oyunlarına katılımı sebepli işlevselliğinde bozulma olması ve ek olarak aşağıdaki 9 tanı kriterinden 5 ya da daha fazlasının görülme şartı aranmaktadır;

1. İnternet oyunları ile aşırı zihinsel uğraş olması
2. Oyun oynamadığında anksiyete, huzursuzluk ya da üzüntü gibi çekilme belirtilerinin ortaya çıkması
3. Tolerans, istenilen heyecanı duymak için oyunlara ayrılan sürenin giderek artırılması
4. Oyun oynama etkinliğini azaltma, kontrol altına alma veya bırakmak için başarısızlıkla sonuçlanmış girişimlerde bulunulması
5. İnternet oyunları nedeniyle geçmiş hobilere ve eğlencelere olan ilgi kaybı olması;
6. Sebep olduğu psikososyal sorunların farkındalığına karşın oyun oynamaya devam edilmesi
7. İnternette oyun oynama miktarıyla ilgili aile üyelerini, terapistini veya başkalarını aldatma veya yalan söyleme davranışlarının olması
8. Sıkıntılı ruh halinden kurtulmak veya sorunlardan kaçmak için oyunlara daha

fazla zaman ayrılması

9. İnternet oyunlarına katılım sebepli önemli bir ilişkinin, eğitim, iş veya kariyer fırsatının tehlikeye sokulması veya kaybedilmesi [16]

DSM-5'te, İOOB'ye sahip bireylerin çoğunlukla spesifik çevrimiçi oyunları tercih ettiği, buna rağmen bu kapsama (daha az araştırılmış olmasına rağmen) çevrimdışı oyunların da eklenebileceği belirtilmiştir [16]. Her iki oyun türünün de (çevrimiçi ve çevrimdışı) "internet oyun oynama bozukluğu" çatısı altında değerlendirilebileceğini belirten DSM-5'e çeşitli araştırmacılar tepki göstermiş, internetin oyun bağımlılığı için şart olmadığını, bu şekilde isimlendirmenin kafa karışıklığına yol açacağını savunmuşlardır [14, 37]. Griffiths bireylerin internete değil; internet üzerinden erişilen çeşitli aktivitelere (örn. oyun, kumar, alışveriş) bağımlı olduğunun altını çizmiştir. Bu bağlamda hastalığın oyun oynama bağımlılığı olarak adlandırılmasının daha uygun olduğunu ve internetin araç olarak kullanıldığı bağımlılıkların özgül adlarıyla (örn: oyun oynama bağımlılığı, kumar bağımlılığı, alışveriş bağımlılığı) isimlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Griffiths'in görüşlerine uygun şekilde, İOOB'nin OOB'nin bir alt tipi olarak değerlendirilmesi gerektiğini savunan birçok araştırmaya rastlanmaktadır [38-41].

DSÖ tarafından 2014 yılında yayımlanan raporda, oyun bağımlılığının önemli bir halk sağlığı problemi olduğu belirtilmiştir. Bu rapordan sonra DSÖ tarafından hazırlanan ICD-11 beta sürümünde ise hastalığa yer verilmesi önerilmiştir [17, 18]. Hastalık "Oyun Oynama Bozukluğu" adıyla, "Madde kullanımı veya bağımlılık yapıcı davranışlardan kaynaklanan bozukluklar" başlığı altında ICD-11'in son sürümüne dahil edilmiştir [20]. Medikal bir hastalık olarak resmen kabul edilmesi ise Mayıs 2019 yılında yapılan oylama sonucu gerçekleşmiştir [19].

ICD-11'in OOB için tanı kriterleri şu şekildedir;

Oyun oynama bozukluğu, çevrimiçi veya çevrimdışı olabilen, dirençli ya da tekrarlayıcı bir oyun oynama ("video oyunu" veya "dijital oyun") davranış paterni ile karakterizedir. Kendisini şu şekilde göstermektedir;

- 1- Oyun üzerinde kontrol yetersizliği olması (örn. başlangıç, frekans, yoğunluk, süre, sonlandırma, bağlam);
- 2- Diğer yaşam alanlarının ve günlük aktivitelerin önüne geçecek şekilde,

oyun oynamaya verilen önceliğin artması ve

3- Olumsuz sonuçlar ortaya çıkmasına karşın oyun oynamanın devam etmesi ya da artması. Davranış paterni kişisel, ailesel, sosyal, eğitimsel, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında ciddi bozulmalara neden olacak şiddettedir.

Oyun oynama davranışının paterni sürekli veya epizodik ve tekrarlayıcı olabilir. Tanı konulması için oyun oynama davranışının ve diğer özelliklerin en az 12 aylık bir süre boyunca belirgin olması gerekir, bununla birlikte eğer tüm tanısal gereklilikler mevcutsa ve belirtiler şiddetliyse bu süre kısalabilir [20].

DSM-5 ve ICD-11'in her ikisi de hastalığı "tekrarlayıcı veya dirençli oyun oynama davranış paterni" olarak tanımlamıştır. Her iki sınıflandırma sisteminde de sorunlu oyun oynama davranışının en az 12 ay boyunca görülmesi şartı aranmaktadır [16, 20].

DSM-5 ve ICD-11'in OOB tanılmasında bazı farklılıklar göze çarpmaktadır.

1- DSM-5 bu fenomeni "internet oyun oynama bozukluğu" olarak adlandırırken ICD-11 "oyun oynama bozukluğu" olarak tanımlamıştır. ICD-11'de, DSM-5'ten farklı olarak, "çevrimiçi baskın tip" ve "çevrimdışı baskın tip" olarak iki alt kategori vardır.

2- DSM-5, İOOB tanısı için 9 kriterden en az 5 tanesini şart koşarken ICD-11'e göre OOB tanısının konulması için hastanın üç semptom kümesine ait sorunların olması gereklidir (oyun oynama üzerine kontrol yetersizliği, oyun oynamaya verilen önceliğin gittikçe artması, olumsuz sonuçlarına karşın oyun oynamaya devam edilmesi veya artış olması).

3- DSM-5'te İOOB tanı kriterleri içinde yer alan geri çekilme ve tolerans gibi biyolojik kavramlar, ICD-11'in OOB tanı kriterlerine dahil edilmemiştir [16, 19].

Özetle ICD-11'de OOB tanılması genel olarak "biyolojik" değil, patolojik yönleri vurgulayan fonksiyonel bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır [13].

### **2.1.3. Epidemiyoloji**

OOB prevalansı ile ilgili araştırmalar özellikle DSM-5'in yayımlanmasının ardından artış göstermiştir [37, 42].

Günümüzde, hastalığın kavramsallaştırması ve metodolojik farklılıklar sebebiyle OOB'nin prevalansında çeşitlilik olduğu gözlenmektedir [37]. DSM-5'te de bu durum "çeşitli ölçeklerin, tanı kriterlerinin ve kesim noktalarının kullanılması sebebiyle İOOB prevalansı net değildir" şeklinde tespit etmiştir [37]. Kuss ve arkadaşları, DSM-5'in hastalığı isimlendirirken seçtiği "internet" sözcüğünün prevalans araştırmalarında kafa karışıklığına yol açtığını savunmuştur [14]. Lopez-Fernandez ve arkadaşları, yayımladığı bir gözden geçirme yazısında prevalans çeşitliliğinin birkaç sebebi olduğunu belirtmiştir. Buna göre çalışmalarda; (1) seçilen örneklemin toplumu temsil etmekten uzak olmasının (2) farklı tanı kriterleri ve ölçme araçlarının kullanılmasının (3) aynı ölçek için farklı kesim noktalarının kabul edilmesinin (4) kavramsallaştırma farklılıklarının (örn. oyun bağımlılığı, internet oyun oynama bozukluğu, çevrimdışı oyun oynama bozukluğu vb.) (5) farklı teknolojik aletlerin hesaba katılmamış olmasının (örn. bilgisayar, konsol, akıllı telefon vb.) prevalans farklılıklarının sebepleri olarak sayılabileceği belirtilmiştir [43].

OOB oranları ülkelere göre farklılık göstermektedir. Ulusal çapta yapılan araştırmalar incelendiğinde OOB prevalansı; Norveç'te %1,4 [44], Slovenya'da %2,5 [45], Almanya'da %5,7 [46], Amerika'da %8 [3], İspanya'da %9,9 [47], Tayvan'da %7,5 [48] bulunmuştur. Yapılan araştırmalarda OOB prevalansı genellikle %1-10 arasında çıkmasına rağmen, özellikle Doğu Asya ülkelerinde bu oranın %10'dan fazla olduğunu bildiren çalışmalar da göze çarpmaktadır [49, 50].

7 Avrupa ülkesinden (Hollanda, Almanya, Yunanistan, Polonya, İzlanda, Romanya ve İspanya) 14-17 yaş arası toplam 12,938 ergenin dahil edildiği kapsamlı bir çalışmada, katılımcıların %1,6'sının OOB tanısını karşıladığı ve %5,1'inin OOB açısından risk altında olduğu belirtilmiştir [51].

Feng ve arkadaşlarının 1998-2016 arası OOB prevalans eğilimini incelediği gözden geçirme yazısında hastalığın görülme sıklığını ortalama %4,7 bulmuştur (%0,7 - %15,6). Aynı yazıda OOB prevalansının yıllara göre lineer bir gidişat izlediği vurgulanmış, coğrafi bölgenin prevalans açısından anlamlı bir fark oluşturmadığı belirtilmiştir [42].

Birçok prevalans çalışmasında, erkek cinsiyet ve genç yaşta OOB görülme sıklığı daha yüksek bulunmuştur [37, 42, 44, 46, 52]. Örneğin Fam'ın 2018 yılında yaptığı meta analiz çalışmasına dahil ettiği 16 araştırmanın hepsinde OOB oranı

kızlara göre erkeklerde daha yüksek çıkmıştır [37]. Mihara ve Higuchi'nin gözden geçirme yazısında yaş arttıkça OOB prevalansının azaldığı belirtilmiştir [52]. Vollmer ve arkadaşları, ergenlerin OOB açısından kırılgan olduğunu ifade etmiştir [53]. Benzer şekilde Mentzoni ve arkadaşlarının, 15-40 yaş arası 816 kişinin katıldığı çalışmada yaş arttıkça OOB prevalansının azaldığı bulunmuş, küçük yaşın ve erkek cinsiyetin OOB gelişiminde en güçlü prediktör faktör olduğu bildirilmiştir [54].

Erkek cinsiyetin OOB için risk faktörü olduğu birçok çalışmada tespit edilmesine karşın, kız cinsiyetin “sosyal medya bağımlılığı” (SMB) için risk faktörü olduğunu vurgulayan yayınlar göze çarpmaktadır [55-57]. Andreassen ve arkadaşlarının 23,533 katılımcı ile yaptığı geniş kapsamlı araştırmasında, teknoloji bağımlılığının OOB ve SMB şeklinde iki alt kategori içerdiği belirtilmiş; erkek cinsiyetin OOB, kız cinsiyetin ise SMB için risk faktörü olduğu vurgulanmıştır [58].

Coğrafi bölgenin OOB prevalansı açısından anlamlı bir fark yaratmadığı bildiren çalışmalara rağmen, Saunders ve arkadaşlarının gözden geçirme yazısında, OOB prevalansının sadece yaşa veya cinsiyete göre değil, coğrafi konuma göre de değiştiği belirtilmiştir. Bu çalışmada Doğu ve Güneydoğu Asya ülkelerindeki genç nüfusta OOB görülme sıklığı % 10-15 civarında bulunmuştur [59].

Ülkemizde oyun bağımlılığı epidemiyolojisiyle alakalı çalışma sayısının son derece yetersiz olduğu görülmektedir. Irmak ve Erdoğan'ın 2015'te yaptığı çalışmasına göre OOB yaygınlığı %9,4 çıkmıştır [60]. Tınkır ve arkadaşlarının ilkokul 2, 3 ve 4. sınıftan 765 öğrenci ile yaptığı çalışmada ise dijital oyun bağımlılığı oranı % 13,2 olarak bulunmuştur [61].

Literatürde, ICD-11 OOB tanı kriterlerine göre tasarlanmış bir prevalans çalışması bildiğimiz kadarıyla yoktur.

#### **2.1.4. Nörobiyolojik çalışmalar**

Çeşitli nörobiyolojik çalışmalar aşırı internet oyunu oynamanın, madde bağımlılığı olan bireylere benzer şekilde, beyin yapısı ve fonksiyonunda değişikliklere sebep olduğunu bulmuştur [62, 63].

Yapısal manyetik rezonans görüntülemelerine (MRG) göre, OOB olan bireylerin bazı beyin bölgelerinde gri madde yoğunluğunda ve hacminde anormallikler tespit etmiştir [64, 65]. Bunların arasında ödül mekanizması için önemli olan ventral

striatum [62, 63], belirli bir durumu etraflıca düşünme süresi (deliberation time) için önemli olan sol striatum [66], bağımlılık gelişiminde önemli bir rol oynayan insula [65, 67, 68], yürütücü işlevleri yöneten dorsolateral prefrontal korteks (DLPFK) ve anterior singulat korteks (ASK) [64, 69], dürtü kontrolünde önemli bir bölge olan orbito-frontal korteks (OFK) [62, 68] sayılabilir.

Son zamanlarda insulanın bağımlılıkta kilit bölge olduğu vurgulanmaya başlanmıştır [65, 68]. İnsula, vücudumuzdaki içsel duyularımızı bilinçli duygulara dönüştüren ve karar alma sürecine entegre eden bir bölgedir [70, 71]. İnsula fonksiyonundaki bozulmanın anormal karar verme sürecine sebep olabileceği bildirilmektedir [12]. Weng ve arkadaşları insular korteksin ön ve arka olarak ikiye ayrıldığını belirtmiş, nispeten küçük olan arka insulanın duyuşal, vestibüler ve motor entegrasyonda görev aldığını; daha büyük olan ön insulanın ise içsel uyarıların duyuşal ve motivasyonel entegrasyonunda rol oynadığını belirtmiştir [68]. Naqvi ve Antoine, insulanın insanlarda bağımlılık gelişimi için önemli bir rol oynadığını ilk keşfeden yazarlardandır. Araştırmacıların yaptığı bir çalışmaya göre sigara bağımlılarından insula hasarı olanların, olmayanlara göre sigarayı kolaylıkla ve aniden bıraktığı, içmeye dair dirençli bir dürtünün gözlenmediği ve uzun süre bu durumu korudukları tespit edilmiştir [72]. Yuan ve arkadaşlarının bir çalışmasında, OOB olan ergenlerin insular korteks kalınlığında azalma bulmuştur [73]. Zhang ve arkadaşlarının 2015 yılında yayımladığı bir çalışmada, insulanın madde bağımlılığı ve davranışsal bağımlılıkta gözlenen aşırma ve rahatsız edici içsel duyular (interoepsiyon) ile bizzat ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada OOB olan bireylerin insular bölgesi incelenmiş, yapılan görüntüleme çalışmaları sonucunda insulada anlamlı hipoaktivasyon saptanmıştır [67].

Turel ve arkadaşlarının Şubat 2020’de yayımlanan bir çalışmasında, OOB olan bireylerin oyunla ilgili ipuçlarına karşı ventral striatum bölgesinin güçlü şekilde aktive olduğunu, buna karşılık sol frontal lob ve DLPFK’nin zayıf aktivite gösterdiğini tespit etmişlerdir. Ayrıca OOB şiddeti ile sağ ventral striatum aktivitesinin pozitif, DLPFK aktivitesinin negatif ilişkili olduğu vurgulanmıştır. Yazarlar bu sonuçlara göre, ödül sistemi ile beynin öz-kontrol sistemi arasında disregülasyon olduğunu belirtmiş; OOB olan bireylerde ödül sisteminin yüksek aktivite gösterdiği, inhibitör sistemde ise kontrol yetersizliği olduğu şeklinde yorumlamıştır [74].

OFK prefrontal korteksin önemli bir parçasıdır. Amigdala ve nükleus akkumbens gibi, ödül ve öğrenme için önemli işlevleri olan subkortikal bölgelerle biyolojik bağlantıları vardır. Bu bağlantılar sayesinde OFK; mevcut bilgileri gelecek zamana projekte eder, algılanan/muhtemel sonuçları değerlendirir ve sonuç olarak beynin karar alma sürecine rehberlik eder [75]. OFK’de yapısal anormallikler gösteren madde bağımlılarının incelendiği araştırmalara göre, OFK hasarının dürtü kontrolü ve karar verme yeteneğinde bozulmayla ilişkili olduğu bulunmuştur [75]. Dahası, madde bağımlılarına benzer şekilde, OOB olan ergenlerin karar verme süreçlerinde bozukluk (örneğin olumsuz sonuçlarına rağmen kompulsif şekilde internetle uğraşma davranışı gibi) gözlenmiştir [76-78]. Yuan ve arkadaşları, OOB olan ergenlerin OFK kalınlığında azalma tespit etmiş, OFK’deki kortikal incelleme ile Stroop test performansındaki bozukluk arasında pozitif ilişkili olduğunu bulmuştur [73].

Prefrontal kortekste bulunan ASK, dürtü kontrolü için önemli bir bölgedir ve yürütücü işlevler arasında sayılan çatışma, yanıt inhibisyonu, davranışın tamamlanması, motivasyonun sürdürülmesi, performans ve hata takibi gibi görevlerle ilişkilidir [79, 80]. Bu işlevlerde bozukluk olması, bireyin uygun olmayan davranışlarını kontrol etme yeteneğine zarar verebilmektedir [81]. OOB olanlarla sağlıklı bireylerin karşılaştırıldığı çalışmalarda DLPFK ve ASK’nin gri madde hacmi ve aktivasyonunda farklılıklar olduğu gösterilmiştir [65, 82].

Talamus, madde bağımlılığı olan bireylerde koşullu yanıt oluşumunda (belirginlik/salience), maddeyle ilişkili seçici dikkatte ve ödül işleme sürecinde görev almaktadır [83-85]. OOB tanısı alan bireylerin talamus gri cevher volümünde ve aktivasyonunda artış olduğu belirtilmiştir [64].

Han ve arkadaşları, striatumdaki dopamin reseptörlerinin talamik aktiviteyi etkilediğine vurgu yapmıştır. OOB olan bireylerin oyun sırasında striatumundaki şiddetli dopamin artışının talamusu daha da aktif yaptığını, bu durumun oyun oynamanın etkisini pekiştiriyor olabileceğini belirtmiştir. Ayrıca yazarlar mezolimbik devrelerdeki dengesizliğinin (OFK, ASK, ventral striatum, amigdala ve hipokampus) bozulmuş bir ödül sistemi ile ilişkili olabileceğini vurgulamış, özetle dengesiz bir ödül sisteminin OOB gelişimi riskini artıracak tahmininde bulunmuşlardır [64].

Dong ve arkadaşları, OOB olan bireylerde görsel ve işitsel fonksiyonlardan sorumlu beyin bölgelerinin (beyin sapı, sol parietal lob, sol arka beyincik ve sol orta

frontal bölge) kontrol grubuna göre daha senkronize çalıştığını bulmuştur. Yazarlar, oyun oynayan bireylerin sık sık diğer oyuncularla rekabet etme veya iş birliği yapmanın yanı sıra dövüşme, öldürme, nişan alma gibi karmaşık ve zorlayıcı eylemlerle yüzleşmek zorunda kaldıklarını belirtmiştir. OOB olan bireylerdeki bu senkronizasyon artışının; duyusal sistem, motor kontrol, koordinasyon ve bilgi işleme dahil olmak üzere çeşitli beyin fonksiyonlarının daha koordineli çalışmak zorunda kalmasının bir sonucu olabileceğini belirtmiştir [86].

Park ve arkadaşlarının çalışmasında, OOB olan bireylerde ventromedial prefrontal korteks ve striatumdaki istirahat durumu glikoz metabolizması bozuk çıkmıştır. Yazarlar glikoz metabolizmasındaki bu anormalliğin, tıpkı madde bağımlılığı ve diğer davranışsal bağımlılıklardaki gibi anormal yüksek dopaminerjik nörotransmisyon ile ilişkili olabileceğini ifade etmiştir [62].

Fauth-Bühler ve Mann 2017 yılında, OOB hastalarındaki bilişsel ve nörobiyolojik ilişkileri araştıran çalışmaları gözden geçirmiştir. Araştırmacılar OOB olanların kontrol grubuna kıyasla akut ihtiyaç ve sıkıntılara odaklanarak uzun dönem olumsuz sonuçları görmezden gelme gibi dürtüsel davranışları daha fazla gösterdiğini belirtmiştir. Nörogörüntüleme bulgularından elde edilen bilgilere göre ise davranışları kontrol etmede sorumlu bölge olan prefrontal korteks işlevselliğinde bozukluk saptanmıştır. OOB olan hastalarının ödülle ilişkili öğrenme sisteminde anormallik olduğunu, mezokortikolimbik ödül sistemiyle ilgili yapılarda oyunla ilişkili uyarana karşı yüksek aktivasyon gözlemlendiği araştırmada bulunan diğer bir bulgudur. Yazarlar, oyunla ilgili uyarılara karşı belirgin güdülenmenin, oyun oynamaya devam etme motivasyonunun altında yatan bir sebep olabileceğini ifade etmiştir [87].

Yuan ve arkadaşları OOB olan ergenlerde kortikal kalınlığı araştırmıştır. Bu çalışmaya göre; beynin bazı bölgelerinde artmış kortikal kalınlık bulunurken (prekuneus, sol presentral korteks, alt ve orta temporal korteks, orta frontal korteks), bazı bölgelerde ise kortikal kalınlığın azaldığı bulunmuştur (her iki orbito-frontal korteks, lingual girus, insula, entorinal ve alt pariyetal korteks, sağ postsentral girus) [73].

Özetle, OOB olan bireylerde, özellikle frontal lobdaki spesifik bazı bölgeler başta olmak üzere, beynin birçok bölgesinde işlevsel ve yapısal farklılıkların olduğu birçok araştırmada gösterilmiştir. Prefrontal ve mezokortikolimbik bölgenin ödül

arama davranış kontrolü, yürütücü işlevler ve duygu düzenleme becerisi; insulann aşırme hissi ve talamusun koşullanma davranışı üzerine etkisi düşünöldüğünde, bu bölgelerdeki fonksiyonel ve yapısal değışikliklerin OOB gelişimiyle ilişkili olabileceği söylenebilir [63, 67, 72, 80].

### **2.1.5. Etiyoloji**

OOB'nin etiyojisi halen net olarak anlaşılamamıştır. Hastalığın gelişimi hakkında önerilen tüm modeller genel olarak "biyopsikososyal model" temel üzerine kurulmuş, bununla birlikte iç ve dış sebep olarak sayılabilecek faktörler sıralanmıştır [12]. Biyopsikososyal model harici hastalığın genetik, motivasyonel, nörobiyolojik, öğrenme ve oyunla ilgili yönleri de etiyojide yer tutmaktadır. Uzunlamasına çalışmaların kısıtlı sayıda olması, hastalığın etiyojisi hakkında sebep-sonuç ilişkisi kurmayı zorlaştırmaktadır [34].

#### **İç faktörler**

- Yürütücü işlevlerle ilgili sorunlar, yetersiz öz-düzenleme ve karar vermede yanlılık
- Duygudurum ve ödöl sistemiyle ilgili düzensizlikler
- Benlik saygısında ve öz-yeterlilikte düşüklük
- Nörobiyolojik yatkınlıklar
- Kişisel risk faktörleri
- Kişilik özellikleri
- Bilişsel yapılanma

#### **Dış faktörler**

- Ailesel
- Sosyal
- Oyunlarla alakalı

#### **Klinik - kombine modeller**

OOB'nin klinik değerdirmesi ve kavramsallaştırılması üzerine temel olarak birkaç model sunulmuştur. Bu modeller arasında bilişsel-davranışçı model, bağımlılığın bileşenleri modeli, kişilik-duygu-biliş-yürütme (I-PACE) modeli ve oyun oynama bozukluğu tipleri modelidir.

### 2.1.5.1. Bilişsel davranışçı model

Bu model, bireyin oyun etkinliğine aşırı katılımı sonucu beyin yapısının, işleyişinin ve ilgili bilişsel süreçlerin, oyun oynama etkinliğini sürekli hale getirecek şekilde değiştiğini savunmaktadır [88].

Potenza'ya göre modelin merkezindeki bileşen ödül arama davranışdır. Buna göre beynin ödül devreleri, oyun oynama davranışı tarafından ele geçirilmiştir [89]. Dong ve Potenza'nın 2014 yılında yayımladıkları gözden geçirme yazısında; ödül arayışıyla ilgili motivasyonel çaba üzerindeki bilişsel kontrolün azaldığı, bu durumun da karar alma süreçlerini etkilediği ve davranışın dirençli şekilde devam etmesine neden olduğu vurgulanmıştır [88]. Dong ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada ise, OOB'deki ödüle karşı artmış hassasiyetin daha uzun süre oyun oynama arzusunun altında yatan sebep olabileceğini belirtmiş, özetle ödüle karşı artmış ve kaybetmeye karşı azalmış duyarlılığın OOB gelişimine katkı sağlıyor olabileceğini belirtmiştir [90].

Ödül arama motivasyonu ve davranışı üzerindeki cevap inhibisyonu ile bilişsel kontrolde azalmanın oyun oynama davranışının sürdürülmesinde kilit rol oynadığı düşünülmektedir. Nörogörüntüleme çalışmalarına göre dikkat, davranış kontrolü, cevap inhibisyonu gibi yürütücü işlevler OOB olan bireylerde azalmıştır [64, 69]. Ancak yürütücü işlevlerdeki bu fonksiyon bozukluğu ile oyun oynama bozukluğu şiddetinin ilişkili olduğu gösterilmesine rağmen; bu durumun sürdürücü faktör olup olmadığı veya bozukluk gelişiminin hangi aşamasında sorumlu olduğu kesinlik kazanmamıştır [88, 90].

Kısa süreli zevk ile uzun süreli olumsuz sonuçların karşılaştırılıp değerlendirilmesi ve karar alınmasıyla ilgili yanlılığın, bireyin oyun oynama davranışında önemli bir nokta olduğu vurgulanmaktadır. OOB olan bireylerin kısa vadeli zevke odaklanıp uzun vadeli sonuçlarını görememe sorununa sahip olduğu düşünülmektedir. Buna göre OOB olan bireylerde yapılması gerekenler; oyun oynamak için duyulan arzuya engel olunması, kısa vadeli haz yerine uzun vadeli sonuçlara odaklanması, bireyin bilişsel süreçlerinin güçlendirilmesi, bu sırada oluşabilecek stresin çeşitli davranışsal müdahalelerle azaltılması olmalıdır [88, 90].

King ve Delfabbro 2016 yılındaki çalışmasında, OOB olan ergenlerde oyun oynama davranışı ile ilgili bilişsel yanlılıkları göstermiş, problemlili oyun oynamanın altında 4 bilişsel faktörün yattığını öne sürmüşlerdir;

- (a) Oyunla ilgili ödüllere aşırı değer verme
- (b) Uyum bozucu ve esnek olmayan oyunla ilgili davranışlar (uyum bozucu kurallar),
- (c) Benlik saygısını doyumak için oyun oynamaya çok fazla bel bağlama
- (d) Oyunu toplumsal bir kabul görme yöntemi olarak benimseme

Çalışmaya göre oyun oynayan gençler içinde hangi grubun risk altında olduğunun tespit edilmesi açısından bilişlerin çok önemli olduğu vurgulanmış, oyun oynamayla ilgili bilişlerin normalden işlevsiz inançlara kadar değişen bir spektrum altında değerlendirilebileceği belirtilmiştir. Bağımlı grupta temel olarak hâkim bilişler, “oyun oynamayla ilgili uyum bozucu kurallar” ve “oyun oynama sonucu özsaygıda artış” olarak vurgulanmıştır. Ayrıca yazarlar bireydeki; oyun olmadan baş edemeyeceğine dair düşüncenin, oyun oynarken kontrol gücünün elinde olduğu hissini ve oyun aracılı sosyal kabul göreceğine dair inancın oyun oynamayı bozukluk haline getiren güçlü bilişler olduğunu belirtmiştir [91].

#### **2.1.5.2. Bağımlılığın bileşenleri modeli**

Griffiths’e göre; bir davranışı bağımlılık olarak tanımlayabilmek için ilgili davranışın çeşitli özellikler içermesi gereklidir. Bunlarda birincisi “belirginlik”tir. Belirginlik, oyun oynamanın kişinin hayatında en önemli etkinlik haline gelmesini tanımlar. Oyun oynama davranışı, bağımlı bireylerin bilişlerini ve duygularını hakimiyeti altına almış ve davranışlarını yönlendiriyor durumdadır. İkinci bileşen olan “duygudurum düzenleme”, bireyin oyun oynamayı stres verici yaşam deneyimleriyle baş etme mekanizması olarak kullanmasını tanımlar. “Tolerans” ise kişinin aynı zevki alabilmesi için gün geçtikçe artan miktarda oyun oynama ihtiyacıdır. Dördüncü bileşen “çekilme belirtileri”dir. OOB olan birey, oyun oynamayı bıraktığında hoş olmayan duygu ve fiziksel deneyimler hisseder. Beşinci bileşen olan “çatışma” ise kişinin oyun oynama etkinliğine çok fazla zaman harcaması sebebiyle çevresindeki kişilerle karşı karşıya gelmesidir. Altıncı ve son bileşen “nüks” ise, oyun oynamayı bırakma isteği ve çabasına karşın tekrar oyun oynama etkinliğine geri dönmesini açıklar [92].

Griffiths, bağımlılık yaratan davranışı değerlendirirken bahsi geçen bu alanlara dikkat edilmesi gerektiğini vurgulamış; klinik değerlendirme sırasında, ölçüm araçları veya görüşmeler aracılığıyla bu bileşenlere ayrı ayrı odaklanılması gerekliliğini ifade etmiştir [92].

#### **2.1.5.3. Özgül internet kullanım bozuklukları için kişilik-duygu-biliş-yürütme etkileşimi (I-PACE) modeli**

2016’da Brand ve arkadaşlarının yayımladığı araştırmaya göre, “Özgül İnternet Kullanım Bozuklukları” başlığı altında oyun oynama, kumar oynama, alışveriş, sosyal medya, pornografi, video izleme gibi spesifik her alanın bir bağımlılık grubunu oluşturduğunu önermiştir. Brand her bir alanın formülasyonu için kullanılacak ve birçok bağımlılık çeşidini kapsayan I-PACE modelini sunmuştur [93]. Model öncelikle bireyin temel kişilik yapısının bağımlılık gelişiminde yatkınlık oluşturabileceğini belirtmektedir. Yazarların 2019’da yayımlanan çalışmasına göre, çeşitli predispozan faktörler (genetik, erken yaşam deneyimleri, psikopatoloji varlığı, mizaç özellikleri ve baş etme mekanizmaları) ile bireyin ihtiyaçları, motivasyonları ve değerleri arasındaki etkileşimler, bireyi problemlili davranış gelişimi için kırılgan hale getirmektedir. İleri dönemde ise bireydeki yürütücü işlev bozukluğunun, bilişsel ve duygusal yanlılığının, kompanzatuvar ödül arama davranışının ve içsel/dışsal tetikleyicilere karşı verilen tepkilerin (aşırma gibi) birbiri ile etkileşimi ve koruyucu faktörlerin kısıtlılığı bireyde bağımlılık davranışı gelişimine sebep olmaktadır [94].

#### **2.1.5.4. Oyun oynama bozukluğu tipleri modeli**

2017 yılında Lee ve arkadaşlarının yayınladığı makalede, OOB için tipolojik yaklaşımı önermiş, bozukluğu açıklayabilecek çeşitli tipolojilerin olduğunu savunmuştur. Bunlar; dürtüsel/agresif tip, sosyal olarak şartlanmış tip, duygusal olarak hassas tip ve son olarak başka yerde sınıflandırılmayan tiptir.

Dürtüsel/agresif tiplerde oyun oynamayla ilgili motivasyonel bileşen daha çok öfke ve saldırganlıkla alakalıdır. Bu bireyler oyuna saldırgan dürtülerini boşaltmak, heyecan aramak ve can sıkıntısını hafifletmek için yönelmektedir. Yazarlar, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) gibi dürtü kontrol zayıflığına sebep olan hastalıkların bu grup için risk faktörü olduğunu belirtmektedir. Bu bireylerdeki yürütücü işlev zayıflıkları inhibisyon kapasitesindeki sınırlılıklara neden olmakta ve yatkınlıklarını artırmaktadır [22].

Oyunu bir sosyalleşme aracı olarak oynayan alt grup, kendisini oyun dünyasında var eden ve oyunu gerçek hayattaki ilişkilerinin yerine koyan grubu ifade etmektedir. Bu grubun içinde sosyal açıdan çekinik ve inhibe bireyler yer alabileceği gibi, tam tersi belirli bir gruba hakim olma, yönetme gibi narsistik özelliklere sahip bireylerin de olabileceği belirtilmiştir. Yazarlara göre bu gruptaki bireyler için davranışsal koşullanmaya neden olan şey oyunun kendisi değil, gerçek dünyada karşılanmamış sosyal ihtiyaçlardır [22].

Duygusal olarak hassas tipler oyun oynamayı daha çok duygudurum düzenleme ve sıkıntılarla baş etme amaçlı bir kaçış yolu olarak kullanmaktadır. Bu bireyler için oyun, gündelik hayatın sıkıntılarından kurtulma ve stresle başa çıkma aracıdır. Yazarlara göre oyunlar, bu gruptaki bireyler için duygusal acılarını veya kendi memnuniyetsizliklerini hafifletici bir işleve sahip olabilmektedir. Düşük benlik saygısı bu grubun önemli özelliklerindedir [22].

Bu 3 alt gruba eşlik eden hastalıklar incelendiğinde; dürtüsel/agresif tip için DEHB'nin, oyunu sosyalleşme amacıyla kullananlar için sosyal fobinin, duygusal hassas tipler için ise depresyon gibi bozuklukların predispozan ve komorbid patolojiler olabileceği ifade edilmiştir [22].

#### **2.1.6. Değerlendirme**

OOB'nin kavramsallaştırılması konusunda tartışmaların hala devam etmesi nedeniyle hastalığın değerlendirilmesi oldukça zordur [95]. Buna ek olarak OOB değerlendirmesinde kullanılan ölçüm araçlarının güvenilirliği ayrı bir tartışma konusudur. Psikometrik araçların kesim noktalarıyla alakalı problemler, değerlendirme sürecinin karmaşıklığına ek katkı sağlamaktadır [29, 39, 40].

##### **2.1.6.1. Psikometrik değerlendirme**

OOB'yi değerlendirmek için birçok psikometrik araç geliştirilmiştir. Bunlar içinde en yaygın olanlar orijinal isimleriyle Tablo 1'de belirtilmiştir [40].

Király ve arkadaşları, psikometrik araçların birçoğunun sadece birkaç çalışmada kullanıldığını ve farklı kültürlerde geçerliklerinin gösterilmediğini vurgulamıştır [40].

**Tablo 2.1: OOB Değerlendirme Araçları**

(PVP) - Problem Videogame Playing Scale	Salguero ve Moran (2002) [47]
(OAST) - Online Game Addiction Scale for Adolescents in Taiwan	Wan ve Chiou (2006) [96, 97]
(GAS) - Game Addiction Scale	Lemmens ve ark. (2009) [98]
(OGAI) - Online Game Addiction Index	Zhou ve Li (2009) [99]
(PGS) - Pathological-Gaming Scale	Gentile (2009) [3]
(KFN-CSAS-II) - Video Game Dependency Scale	Rehbein ve ark. (2010) [100]
(POGU) - Problematic Online Game Use Scale	Kim ve Kim (2010) [101]
(POGQ) - Problematic Online Gaming Questionnaire	Demetrovics ve ark. (2012) [102]
(VAT) - Video Game Addiction Test	Van Rooij ve ark. (2012) [103]
(POGQ-SF) - Problematic Online Gaming Questionnaire Short Form	Pa'pay ve ark. (2013) [104]
(IGD-20) - Internet Gaming Disorder Test	Pontes ve ark. (2014) [35]
Internet Gaming Cognition Scale	King ve Delfabbro (2016) [91]
(GAIT) - Gaming Addiction Identification Test	Vadlin ve ark. (2015) [105]
(IGDS) - Internet Gaming Disorder Scale	Lemmens ve ark. (2015) [106]
(IDS9-SF) - Internet Disorder Scale-Short Form	Pontes ve ark. (2016) [107]
(PIE-9) - Personal Internet Gaming Disorder Evaluation-9	Pearcy ve ark. (2016) [108]
C-VAT 2.0	van Rooij ve ark. (2017) [109]
(IDS-15) - Internet Disorder Scale	Pontes ve ark. (2017) [110]
(IGDT-10) - Ten-Item Internet Gaming Disorder Test	Király ve ark. (2017) [111]
(IGDS) - Internet Gaming Disorder Scale	Finserås ve ark. (2019) [112]
(PIGDS) - Parental version of the Internet Gaming Disorder Scale	Wartberg ve ark. (2019) [113]
(GDT) - Gaming Disorder Test	Pontes ve ark. (2019) [114]
(GADIS-A) - Gaming Disorder Scale for Adolescents	Paschke ve ark. (2020) [115]

### 2.1.6.2. Klinik değerlendirme

Paik ve arkadaşlarının sunduğu algoritmaya göre OOB tanısı için öncelikle mevcut problemlili davranışın şiddeti çeşitli tarama ölçekleri kullanılarak belirlenmelidir. Bu aşamadan sonra taramalarda pozitif çıkan olgulara tanısal görüşmeler yapılmalı ve böylece tanının net şekilde konulması sağlanmalıdır. Tanısal görüşmede pozitif çıkan olgularda mutlaka komorbid psikopatolojiler (DEHB, obsesif kompulsif bozukluk, kaygı bozuklukları, depresyon gibi) ve nörobilişsel alanlardaki eksiklikler (yürütücü işlevler, karar verme, impulsivite gibi) taranmalıdır [116].

### 2.1.7. Tedavi

Son on yılda aşırı oyun oynayan bireylerin tedavi yaklaşımlarında dramatik bir ilgi artışı olmuştur [117]. Aşırı oyun oynamanın doğasını tanımlamak, sorundan etkilenmiş gençlerin tedavisi ve erken müdahaleler için şarttır [59]. Özellikle Asya'daki bazı ülkeler, OOB olan bireyleri "ordu eğitim kampı" benzeri bir programa sokmuş (self-discovery camp) fakat bu tedavi yaklaşımının etkili olduğuna dair herhangi bir kanıt bulunamamıştır [59, 118].

Saunders ve arkadaşlarının gözden geçirme yazısında belirtildiği üzere, OOB tedavisinde öncelikle çocuklar için ekran süresinin sınırlandırılması ve ebeveynlerin çocuklarına sorumlu internet kullanımını teşvik etmesi gibi önleyici yaklaşımların geliştirilmesi gerekmektedir [59].

2017'de King ve arkadaşlarının yayımladıkları uluslararası bir sistemik gözden geçirme çalışmasında OOB tedavisiyle ilgili yayınlar incelenmiştir. Yazarlar, tedavi ile ilgili çalışmalarda metodolojik tutarsızlıklar ve takip çalışmalarının azlığı göz önüne alındığında psikolojik ve farmakolojik tedavilerin etkinliği hakkında yorum yapılmasının zor olduğunu ifade etmiştir [119]. Stevens ve arkadaşları 2019 yılında yayımladığı çalışmasında; sınıflandırma yaklaşımlarındaki farklılıkların, standart tedavi kılavuzları ve ölçüm araçlarındaki eksikliğin OOB tedavisinde genel bir belirsizliğe ve tutarsız yaklaşımlara yol açtığını vurgulamıştır [120].

OOB tedavisiyle ilgili yapılan çalışmaların çoğu psikolojik müdahalelere yöneliktir. Bu psikolojik müdahalelerin çoğu bilişsel davranışçı terapi (BDT) yönelimli olmasına rağmen BDT'nin temel yapısı ve modül içeriğiyle ilgili netlik olmadığı vurgulanmaktadır [119, 121].

Stevens ve arkadaşlarının sistematik gözden geçirme yazısında OOB tedavisini ele alan 12 çalışma incelenmiştir. Yazıda OOB olgularının çoğunda (%75) reçete verilmediği belirtilmiştir. OOB için psikolojik ve farmakolojik girişimlerin her ikisinin de "oldukça etkili" olduğu vurgulanmıştır. Aynı yazıda takip çalışmalarının çok kısıtlı sayıda olduğu belirtilmiştir. Gözden geçirilen çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre BDT, OOB semptomları ve eşlik eden depresyon için yüksek derecede etkili, kaygı için ise orta derecede etkili bulunmuştur. Az sayıdaki takip çalışmasına göre ise 3 ve 6. ayda BDT'nin faydalarının büyük ölçüde kaybolduğu tespit edilmiştir. Yazarlar özetle, BDT'nin umut verici bir tedavi yaklaşımı olduğunu ancak tedavi kılavuzu

geliştirmek için daha titiz çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu vurgulamıştır. Ayrıca OOB tedavisinde nihai hedefin hiç oyun oynamamak yerine, oyun oynama etkinliği üzerindeki kontrolü yeniden kazanmak olması gerektiğini belirtmiştir. [120].

BDT temelli grup çalışmaları ile temel destekleyici danışmanlığı karşılaştıran bir randomize çalışmaya göre, iki grupta da oyun oynamaya ilgili semptomların belirgin şekilde azaldığı belirtilmiş, iki grup arasında belirgin farklılık saptanmamıştır [121]. BDT temelli bireysel ve grup terapilerin karşılaştırıldığı bir gözden geçirmede ise bireysel terapinin grup terapisine kıyasla OOB semptomlarını geriletmede daha etkili olduğu bulunmuştur [120].

OOB için yapılan farmakolojik tedaviler incelendiğinde, majör depresif bozuklukta (MDB) kullanılan bupropion ve essitalopram ile DEHB için kullanılan metilfenidat ve atomoksetin üzerine odaklanılmıştır [122].

12 haftalık bupropion ve essitalopram tedavisinin karşılaştırıldığı bir çalışmada OOB semptomlarında azalma bildirilmiş, etkinlik açısından iki ilaç arasında fark bulunamamıştır [122].

Park ve arkadaşlarının 2016'da yayımladığı bir çalışmada; OOB ve DEHB olan 86 ergen iki gruba bölünmüş ve 12 hafta süresince bir gruba metilfenidat, diğer gruba atomoksetin tedavileri uygulanmıştır. Çalışma sonucunda OOB belirtilerinin her iki grupta da azaldığı bulunmuş, ilaçlar arasında OOB belirtilerinin azalması açısından anlamlı bir fark çıkmamıştır. Ancak metilfenidat kullanan grupta DEHB belirtilerinin atomoksetin kullanan gruba göre daha fazla düzeldiği vurgulanmıştır [123].

Bupropion'un araştırıldığı 2 randomize kontrollü çalışmada bupropion, hem kontrol grubuna hem de plaseboya kıyasla üstün çıkmıştır [121]. Komorbid MDB ve OOB'nin bulunduğu ergen örneğinde bupropion ile bupropion + 8 seans BDT karşılaştırılmıştır. Tedavi sonucunda depresif semptomların azalmasında iki grup açısından herhangi bir fark gözlenmemiştir ancak bupropion + BDT olan grupta tedavi sırasında ve sonrasında oyun oynama süresi ve OOB semptomlarında belirgin bir azalma olduğu ifade edilmiştir [121].

### **2.1.8. Sonuç**

1970'li yıllarda başlayan oyun oynama etkinliğinin, günümüze kadar büyük aşamalardan geçtiği görülmektedir. Artan teknolojik imkanların birçok faydası

olmasına rağmen, dijital oyun oynamanın bazı sorunları beraberinde getirdiği açıktır.

OOB olan bireylerin dürtü kontrol yetersizliği daha belirgin olmak üzere bilişsel işlevlerde zayıflığa sahip olduğu bildirilmektedir. Bunun dışında bu bireylerin duygusal zorluklar açısından hassas olduğu ve daha fazla sosyal izolasyon yaşadıkları vurgulanmıştır [124]. Nörogörüntüleme çalışmalarının sayısındaki artış, OOB olan bireylerin beyindeki yapısal ve fonksiyonel değişikliklerin daha iyi anlaşılmasını sağlamıştır. Epidemiyolojik çalışmalara göre OOB prevalansı oldukça geniş aralıklarda bulunmuştur ve daha kesin sonuçlara ulaşılması gerekliliği kesindir. Özetle, OOB'nin daha aydınlatılmamış birçok yönü olduğu ve daha fazla araştırma yapılmasının gerekli olduğu açıktır.

## **2.2. Ölçme Kavramı**

### **2.2.1. Ölçmenin tanımı**

Ölçme, bilimin temel etkinliklerindedir. Araçlarla doğrudan ölçülmeyen değişkenlerin seviyelerini ortaya çıkarmaya ölçme, bunu amaçlayan ölçme araçlarına ise ölçek denir [125]. Nesnelere veya bireylere ait her özellik ölçme konusu olabilir. Bahsedilen bu özellikler nesneden nesneye veya bireyden bireye değişebileceği gibi duruma veya zamana göre de değişebilir [126].

### **2.3. Bir Ölçekte Bulunması Gereken Özellikler**

Bir ölçekte üç özelliğin bulunması gereklidir. Bu özellikler; standardizasyon, geçerlik ve güvenirlidir [127].

#### **2.3.1. Standardizasyon**

Ölçeğin puanlama ve uygulama işlemlerinin kişiye göre değişmezliği ölçeğin standardizasyonu olarak tanımlanmaktadır. Buna göre ölçeği uygulayanlar değişmesine karşın ölçeğin puanlama ve uygulama şartları kişiden kişiye değişkenlik göstermemelidir [128]. Ölçeğin standardizasyonu objektif olması açısından şarttır [127]. Ölçeğin objektif olması ise, ölçeği değerlendiren kişinin şahsi inanç ve görüşlerinin puanlar üzerinde etkisinin olmaması olarak tanımlanabilir [128].

### **2.3.2. Geçerlik**

Geçerlik, ölçme aracının başka değişkenlerle karıştırmadan sadece ölçülmek istenen değişkeni ölçmesi olarak tanımlanabilir [129]. Geçerlik için kapsam (içerik) geçerliği ve yapı geçerliği yapılmalıdır.

#### **2.3.2.1. Kapsam geçerliği**

Ölçeği oluşturan her bir maddenin, ölçülmek istenen özelliği yeterli derecede ölçüp ölçmediğinin göstergesidir. Kapsam geçerliği için ölçeği oluşturan her maddenin, içerik ve nitelik açısından, ölçülmek istenen özelliği ölçmek için yeterli veya uygun olup olmadığı değerlendirilir. Bu amaçla alanında uzman kişilere, ölçekle birlikte “uzman değerlendirme formu” gönderilir. Uzmanlardan gelen öneriler, çeşitli teknikler kullanılarak hesaplanır. Bunun sonucunda kapsam geçerlik indeksi (KGİ) değeri ortaya çıkar. Kapsam geçerliği için gerekli olan uzman sayısı 5 - 20 arasında olmalıdır [130].

#### **2.3.2.2. Madde analizi**

Ölçek geliştirme çalışmalarında ölçeğin tutarlı ve işlevsel maddelerden oluşmasını sağlamak amacıyla madde analizi yapılmaktadır. Bu doğrultuda, incelenmek istenen yapıyla ilgisi olmayan ya da en az ilgisi olan maddeler tespit edilerek silinmektedir. Madde analizinin temel amacı, ölçekteki maddeleri değerlendirerek birbiriyle yüksek düzeyde ilişki gösteren ve ölçülmek istenen yapıya katkı sağlayan nitelikli ve işlevsel maddelerin elde edilmesidir [125, 131].

Likert tipli ölçekler için madde azaltma amacıyla genellikle madde-toplam korelasyon tekniği kullanılmaktadır [131]. Madde-toplam korelasyon; “düzeltilmemiş” ve “düzeltilmiş” madde-toplam korelasyon şeklinde ikiye ayrılmaktadır. Düzeltilmemiş madde-toplam korelasyonu, maddeden elde edilen puan ile maddenin kendisinin dahil olduğu ölçek toplam puanı arasındaki korelasyonu incelemektedir. Düzeltilmemiş madde-toplam korelasyonu, korelasyon katsayısının yüksek düzeyde çıkmasına neden olmaktadır. Buna karşın düzeltilmiş madde-toplam korelasyonu ise, maddeden elde edilen puanla, maddenin kendisi haricindeki diğer tüm maddelerden edinilen puan arasındaki ilişkiyi değerlendirmektedir [125].

Madde havuzunda yer alan maddelerin analizi yapılarak, ölçeğe eklenecek en nitelikli maddelerin seçilme işlemi (madde azaltma işlemi) için madde-toplam korelasyonlarının incelenmesi önerilmektedir. Bu doğrultuda madde analizi sonucu 0.30'nin üstünde korelasyon değeri olan maddeler ölçeğe katılmakta, düşük olan maddelerin ise elenmektedir [125, 132].

### **2.3.2.3. Yapı geçerliği**

Yapı geçerliği genel itibariyle ölçüm aracının ölçülmek istenen faktörü doğru bir şekilde yansıtabilmesi anlamına gelmektedir. Bunu sağlamak için ölçek maddelerinin ölçülmek istenen faktör(ler)le yüksek düzeyde ilişkili olması ve faktör(ler) arasındaki ilişkinin ölçeğin temel aldığı kurama uygun olması gerekmektedir. Yapı geçerliği somut bir ölçüt yerine spesifik bir davranış alanıyla, kavramsal yapıyla veya belirli bir faktörle alakalı sonuçlar elde edilmek istenildiği zaman uygulanır [130].

#### **- Faktör analizi**

Ölçme aracının, ölçülmek istenen faktörü doğru şekilde ölçebilme derecesini ifade eder. Bu amaçla bireyin faktörle ilişkili olabilecek özelliklerini ölçmek için çok sayıda ölçülebilir soru/ifade oluşturulur. Bu soru/ifadelerin, faktörle ilişkili özellikleri ne derecede doğru ölçtüğünü (diğer bir ifadeyle yapı geçerliğini) araştırmak için faktör analizi tekniğinden yararlanır [130]. Faktör analizi için, ölçümün kuramsal altyapısının net şekilde belirlenmesi gerekir. Bir ölçek maddesinin kuramsal yapıyla ilgili olduğunu incelemek için, o maddenin faktör yükü incelenir. Faktör yükü için kabul edilecek alt kesim noktasının 0.30 olarak alınabileceği belirtilmektedir [130].

Faktör analizi iki farklı şekilde çalışılmaktadır; bunlar “açımlayıcı faktör analizi” ve “doğrulayıcı faktör analizi”dir. Açımlayıcı faktör analizi (AFA) birbiriyle ilişkili değişkenleri kümelemeyi sağlayan yöntemdir. AFA'nın temel amaçlarından birisi, değişkenler arasındaki ilişkileri dikkate alarak ölçek yapısına uygun faktör(ler) oluşturmaktır. Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ise, araştırmacının temel aldığı kuram doğrultusunda, geliştirdiği yapıyı test etmek için kullanılan analiz türüdür. DFA, maddelerin ait oldukları alt boyutlarda yeterli derecede temsil edilip edilmediğini; tespit edilen alt boyutların ölçek orijinal yapısını açıklamak için yeterli olup olmadığını değerlendirmek için kullanılır. DFA yapılabilmesi için madde başına 5-20

örneklem sayısına ulaşmak gerekmektedir [130].

### **2.3.3. Güvenirlilik**

Güvenilir bir ölçme aracı, aynı bireye birden çok kez uygulandığında benzer sonuçlar vermelidir. Başka bir ifadeyle güvenilir bir ölçme aracı, arka arkaya yapılan ölçümlerde, ölçtüğü özellikle ilgili benzer sonucu vermelidir. Güvenirlilik kavramı içerisinde ölçüm aracının tekrarlanabilir olması, tekrarlandığı zaman tutarlılık göstermesi, kararlılığı ve zamana göre değişmez olması gibi özellikler kastedilmektedir [133].

Güvenirlilik katsayısı tekrarlı yapılan iki ölçüm arasındaki korelasyon katsayısıdır. Bu değer 0 ile 1 arasında değişmektedir. Güvenirlilik katsayısıyla (r) ifade edilmektedir ve korelasyon değerinin 1'e yaklaşması, ölçeğin güvenirliliğinin yüksek olduğunu göstermektedir [134].

#### **2.3.3.1. Tutarlılık analizi**

##### **- Test – tekrar test yöntemi**

Ölçek tutarlılığını gösteren bir yöntemdir. Ölçek belirli bir gruba 2-6 hafta arayla iki kez uygulanır ve veriler “eşleştirilmiş gruplarda t-testi” veya “Pearson korelasyon analizi” ile incelenir. Test - tekrar test için korelasyon katsayısı minimum .80 olmalıdır [130].

#### **2.3.3.2. İç tutarlılık**

İç tutarlılık, aynı yapıyı ölçen maddelerin birbiriyle benzer sonuçlar vermesini ifade etmektedir. Bu amaçla ölçüm aracı belirli bir gruba verilerek ölçüm yapılır ve daha sonra maddelerin ölçek yapısını tutarlı şekilde ölçüp ölçmediği araştırılır [130].

##### **- Cronbach $\alpha$ katsayısı**

Cronbach  $\alpha$  katsayısı ölçekteki maddelerinin birbiriyle tutarlı olup olmadığını belirler [130]. Cronbach  $\alpha$  katsayısı 0 ve 1 arasında değişkenlik göstermektedir. Cronbach  $\alpha$  katsayısı değerlendirilmesinde;

- $0.00 \leq \alpha < 0.40$  → güvenilir değil
- $0.40 \leq \alpha < 0.60$  → düşük güvenilirlikte
- $0.60 \leq \alpha < 0.80$  → oldukça güvenilir
- $0.80 \leq \alpha < 1.00$  → yüksek derecede güvenilir demektir [130].

## 2.4. Likert Tipi Ölçekler

1932 yılında Rensis Likert tarafından geliştirilen likert tipi ölçekler kişinin ilgili duruma katılma derecesini belirtmesine olanak verir. Bu tip ölçeklerde katılımcılar, ölçekteki bir ifadeye olumlu veya olumsuz şekilde cevap verme olanağına sahiptir. Bu amaçla seçenekler olumlu, nötr ve olumsuz seçenek içerecek şekilde sıklıkla üçlü, beşli veya yedili kategori şeklinde sunulur [126, 128, 135].

### 2.4.1. Likert Tipi Ölçek Geliştirme Basamakları

Ölçek geliştirmek için, araştırmacının ölçülmek istenen özelliklerle ilgili kuramsal altyapıya hâkim olması şarttır. Genel itibariyle ölçek geliştirme süreci aşağıdaki basamakları içermektedir:

1. İhtiyacın belirlenmesi
2. Konuyla ilgili literatür taraması yapılması
3. Madde havuzu oluşturulması
4. Uzman görüşü alınması
5. Ölçeğin ilk şeklinin verilmesi
6. Örneklem grubunun belirlenmesi
7. Pilot uygulama yapılması
8. Pilot uygulamadan elde edilen verilere göre ölçeğin düzenlenmesi
9. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Amacı ve Tasarımı**

Mevcut araştırma bir ölçek geliştirme çalışmasıdır. Bu doğrultuda 6-18 yaş arası çocukların oyun oynama bozukluğu semptomlarının anne ve baba tarafından değerlendirilmesine imkan veren, “Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği – Ebeveyn Formu” adında yeni bir ölçek geliştirilmesi ve psikometrik özelliklerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

#### **3.2. Taslak Ölçeğin Oluşturulma Süreci**

Mevcut ölçek, DSÖ'nün 2019 yılında hastalık olarak kabul ettiği ve ICD-11 sınıflandırma sistemine eklediği “Oyun Oynama Bozukluğu” hastalığı tanı kriterlerini temel almaktadır. Bu amaçla ICD'nin OOB tanı kriterleri incelenmiş ve bu kriterlere uygun şekilde ölçeğin “kontrol yetersizliği”, “önceliğin artması” ve “olumsuz sonuçlar” olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmasına karar verilmiştir.

Daha sonra “oyun oynama bozukluğu”, “dijital oyun oynama”, “video oyun bağımlılığı”, “oyun bağımlılığı” ve “internet oyun oynama bozukluğu” ile ilgili literatür taraması yapılmıştır. Bugüne kadar yapılmış oyun oynama bozukluğu ölçekleri ile ilgili literatür incelenmiş, ölçek geliştirme sürecinde ölçülmesi planlanan kavramsal yapıya uygun 23 adet ölçek değerlendirilmeye alınmıştır.

Madde havuzunun oluşturulması amacıyla, belirlenmiş üç alt boyutu kapsayan, ebeveynin çocuğunu değerlendirebileceği kapalı uçlu 33 maddelik bir havuz hazırlanmıştır. Ardından bu ifadeler Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları alanında uzman 4 kişilik bir panel tarafından incelenmiş ve yapılan değerlendirmeler doğrultusunda ifadelerin içeriği düzenlenmiştir.

Oluşturulan madde havuzunun kapsam geçerliğini incelemek için, 4 kişiden oluşan panel haricinde Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları alanında akademisyen/uzman olarak aktif çalışan 8 kişiden uzman görüşü alınmıştır. Uzman

görüşleriyle; ifadelerin ölçebilme derecesi, ölçülmek istenilen alan için yeterli olup olmadığı ve alt boyutta ölçülmemiş/açıkta kalan özellik olup olmadığı değerlendirilmiştir. Böylelikle 8 kişilik uzman paneli, ölçeğin kapsam geçerliğini değerlendirmiştir.

Uzman görüşü değerlendirmeleri Lawshe tekniği kullanılarak yapılmıştır. Bu tekniğe göre ifadeler uzmanlar tarafından “uygun”, “düzeltmek şartıyla uygun” ve son olarak “uygun değil” olarak değerlendirilmiştir [136]. Ayre ve Scally tarafından,  $\alpha:0.05$  anlamlılık düzeyinde Lawshe tekniğinde kullanılan kapsam geçerlik indeksi (KGİ) minimum değerleri hesaplanarak tabloya dönüştürülmüştür (Tablo 3.1) [137].

**Tablo 3.1:  $\alpha:0.05$  anlamlılık düzeyinde KGİ minimum/kritik değerleri**

Uzman Sayısı	Minimum Değer	Uzman Sayısı	Minimum Değer
5	1.000	15	0.600
6	1.000	16	0.500
7	1.000	17	0.529
<b>8</b>	<b>0.750</b>	18	0.444
9	0.778	19	0.474
10	0.800	20	0.500
11	0.636	25	0.440
12	0.667	30	0.333
13	0.538	35	0.314
14	0.571	40	0.300

Tablo rehberliği ile yapılan istatistiksel analizlere göre kapsam geçerlik oranı 0.75 ve üzeri olan ifadelerle çalışmaya devam edilmiştir [138]. Alınan uzman görüşleri doğrultusunda kapsam geçerlik oranı (KGO) değeri 0.75’in altında kalan 10 madde ve birbiriyle benzer olduğu düşünülen 4 madde ölçekten çıkartılmış olup, böylece ölçekteki madde sayısı 33’ten 19’a düşmüştür. Ölçeğe ait KGİ değeri, uzman görüşleri ardından, kalan maddelerin KGO’larının ortalaması alınarak ölçeğe ait KGİ değeri hesaplanmaktadır [133].

19 maddelik taslak ölçekteki ifadelerin anlaşılabilirliğini ayrıca değerlendirmek amacıyla Türk Dili ve Edebiyatı bölümünden mezun olmuş bir kişi tarafından ölçek değerlendirilmiştir. Yapılan geri bildirimler sonucunda üç ifade

minör düzenleme yapılmasının uygun olacağına karar verilmiştir. Tüm bu adımların sonunda taslak ölçek, pilot uygulama yapılabilmesi için hazır hale gelmiştir.

Pilot uygulamada taslak ölçek 48 ebeveyne dağıtılmış ve ebeveynlerden geri bildirim alınmıştır. Yapılan geri bildirimler neticesinde ölçeğin son halinin anlaşılabilir, ölçülmek istenen yapıya uygun ve yeterli olduğu görülmüş ve ana uygulamaya geçilmiştir.

### **3.3. Veri Toplama Araçları**

Mevcut araştırmada kullanılan veri toplama aracı iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sosyodemografik veri formu ve oyun oynama etkinliği hakkında sorular; ikinci bölümde ise “Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği – Ebeveyn Formu” yer almıştır.

#### **3.3.1. Sosyodemografik veri formu**

Sosyodemografik veri formu, araştırmaya katılan ebeveynler ve çocukları hakkında sosyodemografik özellikler ve çocuklarının oyun oynama etkinliğiyle ilgili sorulardan (ebeveynin yaşı, mesleği; çocuğun yaşı, cinsiyeti, sınıfı, günlük oyun oynama süresi vb.) oluşmaktadır.

#### **3.3.2. Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği – Ebeveyn Formu (OOBÖ – EF)**

Ölçek, beşli Likert tiptedir ve 15 adet madde içermektedir. Maddeler ebeveyn tarafından aşağıdaki yanıt seçenekleri doğrultusunda cevaplanmıştır;

- Tamamen yanlış
- Kısmen yanlış
- Ne doğru ne yanlış
- Kısmen doğru
- Tamamen doğru

Sorular ise sırasıyla aşağıdaki gibidir:

1. Çocuğum uyarılarımıza rağmen oyun oynamak için her türlü fırsatı kollar.
2. Çocuğum oyun oynamayla ilgili ona koyduğumuz zaman sınırına uymakta zorlanır.
3. Çocuğum oyun oynarken dış dünyadan kopmuş gibi görünür.
4. Çocuğum oyun oynamaya başladıktan sonra oyunun başından kalkmakta zorlanır.

5. Çocuğum oyun oynadığı için önceki hobilerine olan ilgisini gün geçtikçe kaybetmektedir.
6. Çocuğum, oyun oynama dışındaki aktivitelere (arkadaşlarla buluşma, spor yapma, kitap okuma gibi) ayırdığı zamanı gün geçtikçe azaltmaktadır.
7. Çocuğum oyun oynadığı için bizimle eskisi kadar zaman geçirmez.
8. Oyun oynamak, çocuğumun günlük yaşamında en çok zaman harcadığı aktivite haline gelmiştir.
9. Çocuğum hobileriyle ilgilenmek yerine oyun oynamayı tercih eder.
10. Çocuğum oyun yüzünden kendi sağlığını ihmal eder (yeterince uyumamak, sağlıklı beslenmemek, tuvaletini tutmak gibi).
11. Çocuğum oyun yüzünden öz bakımını ihmal eder (daha az duş almak, dişlerini fırçalamamak gibi).
12. Çocuğumun oyun oynaması, onun temel sorumluluklarını yerine getirmesini (ödev yapmak, odasını toplamak gibi) engeller.
13. Çocuğumun oyun oynaması hayatının önemli alanlarını (eğitim, aile ve sosyal yaşam) olumsuz etkiler.
14. Çocuğumun oyun oynaması sağlık sorunlarına (kas ağrıları, kilo alma/verme, göz problemleri gibi) yol açar.
15. Çocuğum, okul performansı kötü etkilenmesine rağmen (okula geç kalmak, derse katılmamak, ev ödevlerini ihmal etmek, sınavlardan düşük not almak gibi) oyun oynamaya devam eder.

### **3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Çalışma kapsamına, 6-18 yaş arası çocuğu olan ve bilgilendirilmiş onam veren anne ve babalar alınmıştır. Geliştirilecek olan ölçeğin her iki cinsiyette güvenle kullanılabilmesi amacıyla çocukların cinsiyet dağılımının eşit olmasına dikkat edilmiştir. Dahil edilme kriterlerine uyan ve bilgilendirilmiş onam veren 750 ebeveyn araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır.

Ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında faktör analizi yapabilmek için, araştırmadaki örneklem büyüklüğünün ölçeğin madde sayısının minimum 5-10 katı olması gerektiği ifade edilmektedir [130]. DFA gibi daha ileri teknikler kullanılacaksa örneklem büyüklüğünün, ölçeğin madde sayısının 20 katı olması gerektiği önerilmektedir [139]. Bu araştırmada yeni geliştirilen ölçekteki madde sayısının 19 olması ve ölçeğin eksik veya yanlış doldurulma ihtimali göz önünde bulundurularak

örneklem büyüklüğünün pilot çalışma için 50 ve geçerlik güvenirlik çalışması için ise en az 500 ebeveynden oluşmasına karar verilmiştir.

Araştırma kapsamında çalışmaya katılmak için onam veren ve dahil edilme kriterlerine uyan 762 ebeveyn anketimize katılmış ve 758 katılımcı anketimizi eksiksiz doldurmuştur. Hatalı veri girişleri ve tutarsızlık kontrolü yapılmış ve 8 katılımcı değerlendirme dışı bırakılmış, toplamda 750 katılımcı değerlendirme kapsamına alınmıştır.

### **3.5. Ölçeğin Uygulanması**

Araştırma uygulama kolaylığı nedeniyle, bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu (Ek E), sosyodemografik bilgi formunu (Ek B) ve 19 maddelik taslak ölçeği (Ek C) içerecek şekilde çevrimiçi anket olarak düzenlenmiştir. Düzenlenen çevrimiçi anket Türkiye genelinde sosyal medya platformlarında paylaşılmıştır. Veriler, ölçeğin doldurulması için oluşturulan link aracılığıyla 12.06.2020 - 19.06.2020 tarihleri arasında toplanmıştır.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Yöntemler**

Elde edilen verilerin istatistiksel analizi, Jamovi R-Based Statistical Program, SPSS 26.0 (Statistical Package of Social Science) ve SPSS AMOS 26.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi için yapılan istatistiksel yöntemler Tablo 3.2’de özetlenmiştir.

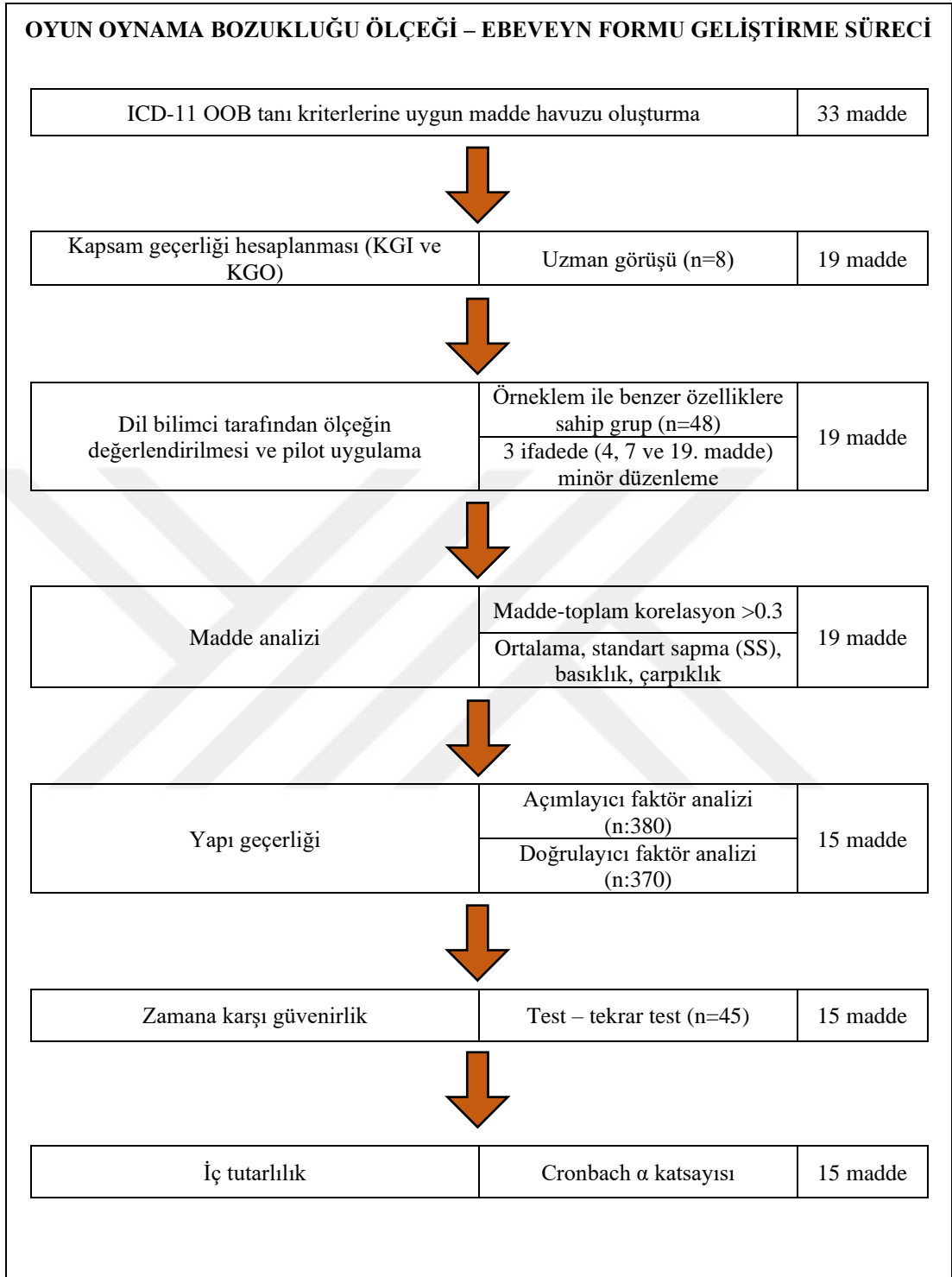
### **3.7. Araştırmanın Etik İzinleri**

Araştırmanın yapılabilmesi için Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 11.06.2020 tarih ve 54022451-050.05.04 sayılı etik kurul izni alınmıştır (Ek A).

**Tablo 3.2: Verilerin değerlendirilmesi için kullanılan yöntemler**

Tanımlayıcı Analizler	
Katılımcıların sosyodemografik ve oyun oynama özellikleri	• Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma
Geçerlik Analizi	
Ölçeğin kapsam geçerliğinin yapılması	• KGO ve KGI hesaplanması
Madde kalitesinin değerlendirilmesi	• Pilot uygulama ve madde analizi - Madde toplam korelasyonu - Tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, basıklık ve çarpıklık)
Faktör analizi için veri setinin değerlendirilmesi - Veri setinin uygun büyüklükte olup olmadığı değerlendirilmesi - Değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	- Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı - Bartlett anlamlılık testi
Ölçeğin faktör sayısının belirlenmesi	• Horn'un paralel analizi • Kuramsal çerçeve
Ölçeğin yapı geçerliğinin değerlendirilmesi - Alt boyutların belirlenmesi - Alt boyutların test edilmesi	Açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi - Temel eksenler analizi ve Direct Oblimin Rotasyon yöntemi - Birinci düzey doğrulayıcı faktör analizi
Güvenirlilik Analizleri	
Ölçek ve alt boyutlarının iç tutarlılığının belirlenmesi	• Cronbach $\alpha$ katsayısı
Ölçeğin zamana karşı güvenirliliğinin belirlenmesi	Test - tekrar test yöntemi • Eşleştirilmiş gruplarda t-test • Pearson korelasyon analizi

Ölçek geliştirme süreci Şekil 3.1’de gösterilmektedir;



Şekil 3.1: OOBÖ – EF geliştirme süreci

## 4. BULGULAR

Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği – Ebeveyn Formu'nun geliştirilmesi amacıyla yapılan tez çalışmasında elde edilen bulgular toplam üç alt başlıkta ele alınmıştır. Bunlar sırasıyla;

- 1- Katılımcıların sosyodemografik ve oyun oynama özelliğine ilişkin bulgular,
- 2- Ölçeğin geçerliğine ilişkin bulgular ve
- 3- Ölçeğin güvenirliliğine ilişkin bulgular şeklindedir.

### 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Oyun Oynama Özellikleri

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuklarının yaş ortalaması 11.7'dir (SS: 3.44 [min:6 - max:18]). Çocukların %42.4'ü kız, %57.6'sı erkektir. Katılımcıların %38'i ilköğretimde (1-4. sınıf), %34.9'i ortaöğretimde (4-8. sınıf), %27.1'i ise lisede öğrenim görmektedir. Değerlendirilen çocukların günlük ortalama 3.34±2.81 saat oyun oynadığı bulunmuştur. Çalışmaya katılan çocukların oyun oynama saatleri ve diğer sosyodemografik özellikleriyle ilgili bilgiler Tablo 4.1'de bildirilmiştir.

### 4.2. Geçerlik Analizi

Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği – Ebeveyn Formu'nun geçerliğini değerlendirmek için; kapsam geçerliği, pilot uygulama, madde analizi, yapı geçerliği için AFA ile DFA yapılmıştır.

**Tablo 4.1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (n=750)**

Değişken	Min	Max	Ort±SS
Yaş	6	18	11.7±3.44
Değişkenler		F	%
Cinsiyet	Kız Erkek	318 432	42.4 57.6
Sınıf	1-4. sınıf arası 4-8. sınıf arası 9-12. sınıf arası	285 262 203	38 34.9 27.1
Psikiyatri veya psikolog başvurusu	Hayır Evet	508 248	67.2 32.8
2019 – 2020 yılı 1. dönem not ortalaması	0 – 49 50 – 59 60 – 69 70 – 84 85 – 100	11 23 40 126 556	1.5 3 5.3 16.7 73.5
Günlük oyun oynama süresi	Hiç <30 dakika 30 dakika – 1 saat 1 – 2 saat 2 – 3 saat 3 – 4 saat 4 – 6 saat 6 – 8 saat 8 – 12 saat 12 – 16 saat	20 30 81 147 153 134 85 57 33 16	2.6 4 10.7 19.4 20.2 17.7 11.2 7.5 4.4 2.1
Annede psikiyatri tanısı	Hayır Evet	693 63	91.7 8.3
Babada psikiyatrik tanısı	Hayır Evet	720 36	95.2 4.8
Ailenin aylık geliri	0 – 2250 lira 2250 – 4500 lira 4500 – 7000 lira 7000 lira ve üzeri	48 171 148 389	6.3 22.6 19.6 51.5
Toplam çocuk sayısı	1 2 3 4 ≥ 5	191 428 114 18 5	25.3 56.6 15.1 2.4 0.7

#### **4.2.1. Kapsam geçerliği**

Ölçeğin kapsam geçerliğini değerlendirmek için, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Bağımlılık ve Ölçme - Değerlendirme alanlarında uzman olan 8 kişiye ölçek ve beraberinde Lawshe tekniği aracılığıyla ölçeği değerlendirmeye imkan veren “Uzman Değerlendirme Formu” verilmiştir. Uzmanlardan, maddede hiçbir değişikliğe gerek duyulmuyor ise "2", küçük değişiklikler gerekli ise "1", büyük değişiklikler gerekli ise "0" şeklinde puanlama yapmaları istenmiştir. Ölçek maddeleri için 1 ve 2 puanı veren uzmanların sayısı, toplam uzman sayısının yarısına bölünmüş ve KGO değerleri hesaplanmıştır.

Kapsam geçerliği sonucunda 10 adet madde ile birbiriyle benzer olduğu düşünölen 4 madde çıkarılmış, kalan 19 madde yeniden numaralandırılmış ve taslak ölçek oluşturulmuştur.

Lawshe tekniğine göre 8 uzman için eşik KGO değerleri 0.75 olup, mevcut araştırmada kalan ölçek maddelerine ait KGO değerlerinin 0.75-1.00 arasında değiştiği ve ölçek bütününde elde edilen KGİ değerinin 0.94 olduğu bulunmuştur.

19 maddelik taslak ölçek dil bilimi alanında uzman birisi tarafından tekrar gözden geçirilmiş, 3 ifadede (4, 7 ve 19. madde) minör düzenleme yapılmıştır. Kapsam geçerliği sonrası ve dilbilim uzmanının geri bildirimlerinin ardından gerekli düzenlemeler yapılmış ve 19 maddelik ölçek pilot uygulama için hazır hale getirilmiştir (Ek C).

#### **4.2.2. Pilot uygulama**

Taslak ölçekteki maddelerin anlaşılır olup olmadığını değerlendirme amacıyla örnekleme grubuyla benzer özelliklere sahip 48 kişiden oluşan bir gruba araştırmanın pilot uygulaması yapılmıştır. Katılımcılardan maddelerin anlaşılabilirliğini değerlendirmeleri istenmiş ve ek önerileri olup olmadığı sorgulanmıştır. Pilot uygulama ile maddelerin anlaşılabilir, yeterli ve uygun olduğu teyit edilmiş, herhangi bir revizyon yapılmadan ana uygulamaya geçilmiştir.

**Tablo 4.2: OOBÖ – EF kapsam geçerlik oranı sonuçları**

Aday madde	Uzman Görüşü			KGO	Aday madde	Uzman Görüşü			KGO
	0	1	2			0	1	2	
1	1	4	3	0.75	18	0	0	8	1.00
2	0	2	6	1.00	19	1	3	5	0.75
3	2	2	4	0.50	20	0	2	6	1.00
4	2	1	5	0.50	21	2	4	2	0.50
5	2	3	3	0.50	22	1	3	4	0.75
6	2	4	2	0.50	23	0	3	5	1.00
7	0	2	6	1.00	24	0	1	7	1.00
8	0	1	7	1.00	25	2	4	2	0.50
9	1	2	5	0.75	26	1	2	5	0.75
10	0	5	3	1.00	27	2	3	3	0.50
11	0	6	2	1.00	28	2	5	1	0.50
12	0	6	2	1.00	29	0	1	7	1.00
13	0	4	4	1.00	30	0	1	7	1.00
14	1	4	3	0.75	31	1	2	5	0.75
15	0	6	2	1.00	32	2	4	2	0.50
16	1	4	3	0.75	33	2	4	2	0.50
17	0	7	1	1.00					

**KGİ: 0.94**

### 4.2.3. Madde analizi

Taslak ölçeğin pilot uygulaması yapıldıktan sonra ana uygulamaya geçilmiştir. Çalışmaya katılmak için onam veren ve anketi eksiksiz dolduran 750 kişiden elde edilen veriler doğrultusunda her bir maddenin performansı incelenmiştir. Ölçeği oluşturacak kaliteli ve uygun maddeleri belirlemek için düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları ve madde ortalamaları araştırılmıştır.

Öncelikle, maddelerin düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları ve madde silindikten sonraki Cronbach  $\alpha$  değerleri incelenmiştir. Ölçeğin toplam Cronbach  $\alpha$  değerini düşürmemek şartıyla, taslak ölçekteki maddeler arasından düzeltilmiş madde-toplam korelasyon değeri 0.30 altında kalan maddenin “elenmeye aday madde” olması planlanmıştır. Elde edilen verilere göre, ölçekteki 19 maddeye ait düzeltilmiş madde-

toplam korelasyon değerlerinin 0.627 – 0.827 arasında değiştiği saptanmıştır (Tablo 4.3).

**Tablo 4.3: Düzeltişmiş madde-toplam korelasyonu ve madde silindikten sonraki Cronbach  $\alpha$  değerleri**

Madde	Düzeltişmiş madde-toplam korelasyon	Madde silindiğinde Cronbach $\alpha$	Madde	Düzeltişmiş madde-toplam korelasyon	Madde silindiğinde Cronbach $\alpha$
<b>m1</b>	0.671	0.960	<b>m11</b>	0.801	0.958
<b>m2</b>	0.707	0.959	<b>m12</b>	0.738	0.959
<b>m3</b>	0.744	0.959	<b>m13</b>	0.738	0.959
<b>m4</b>	0.645	0.960	<b>m14</b>	0.769	0.958
<b>m5</b>	0.728	0.959	<b>m15</b>	0.702	0.959
<b>m6</b>	0.642	0.960	<b>m16</b>	0.782	0.958
<b>m7</b>	0.747	0.958	<b>m17</b>	0.816	0.958
<b>m8</b>	0.773	0.958	<b>m18</b>	0.698	0.959
<b>m9</b>	<b>0.827</b>	0.957	<b>m19</b>	<b>0.627</b>	0.960
<b>m10</b>	0.808	0.958			

Düzeltişmiş madde-toplam korelasyon değerleri incelendiğinde her bir maddenin korelasyon değerinin 0.30 üzerinde olması nedeniyle bu aşamada madde elenmemiştir. Daha sonra ölçekteki maddelerin kalitesi ve uygunluğunu değerlendirmek için ortalama, standart sapma, basıklık ve çarpıklık değerleri incelenmiştir.

Elde edilen sonuçlara göre; ölçekteki tüm maddelerin basıklık ve çarpıklık değerlerinin -2 ve +2 arasında olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4).

Uygulamadan elde edilen verilerin analiz sonuçlarına göre madde ortalamaları ve korelasyonları birlikte değerlendirilmiş ve bu aşamada herhangi bir maddenin elenmesine gerek olmadığına karar verilmiştir.

**Tablo 4.4: Maddelerin ortalama, standart sapma, basıklık ve çarpıklık değerleri**

Madde	Ort ± SS	Basıklık	Çarpıklık
m1	2.99 ± 1.34	-1.22	-0.21
m2	3.35 ± 1.51	-1.27	-0.45
m3	3.23 ± 1.50	-1.35	-0.38
m4	3.06 ± 1.48	-1.44	-0.19
m5	3.17 ± 1.49	-1.41	-0.28
m6	2.40 ± 1.54	-1.33	0.52
m7	2.67 ± 1.51	-1.51	0.18
m8	2.53 ± 1.47	-1.38	0.34
m9	2.66 ± 1.47	-1.43	0.21
m10	2.83 ± 1.56	-1.56	0.06
m11	2.86 ± 1.48	-1.48	0.01
m12	2.57 ± 1.47	-1.39	0.31
m13	2.22 ± 1.44	-1.03	0.71
m14	2.80 ± 1.51	-1.54	0.02
m15	1.98 ± 1.32	-0.46	1.01
m16	2.47 ± 1.47	-1.36	0.41
m17	2.41 ± 1.45	-1.25	0.47
m18	2.47 ± 1.50	-1.40	0.39
m19	1.99 ± 1.37	-0.37	1.06

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

#### 4.2.4. Yapı geçerliği

Yapı geçerliğini tespit etmek amacıyla; maddelerin kaç faktör altında kümelendiğini araştırmak için AFA, ortaya çıkan yapıyı test etmek için ise birinci düzey DFA yapılmıştır. Bu amaçla araştırmaya katılan örneklem grubu rasgele ikiye bölünmüş; 380 kişiye AFA, 370 kişiye ise DFA yapılmıştır.

##### 4.2.4.1. Açımlayıcı faktör analizi (AFA)

Araştırmadaki örneklem büyüklüğünün ve maddeler arasındaki korelasyonun faktör analizi için uygun olup olmadığı Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Bartlett anlamlılık testi kullanılarak incelenmiştir. Edinilen sonuçlara göre KMO katsayısının 0.962 olduğu, Bartlett testinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu (df:171, p<0.001) saptanmıştır (Tablo 4.5).

**Tablo 4.5: KMO katsayısı ve Bartlett testi**

<b>KMO katsayısı örneklem yeterliliği</b>		0.962
<b>Bartlett testi</b>	Ki-kare	5780
	df	171
	p	<.001

Ölçeğin faktör sayısını belirlemek için Horn'un paralel analiz sonuçları ve kuramsal çerçeve dikkate alınmıştır.

Horn'un paralel analiz sonuçlarında 3 boyutlu yapı desteklenmiştir. Ölçeğin ICD-11'deki OOB tanı kriterlerini temel alan kuramsal alt yapısı dikkate alındığında, ölçeğin analizine 3 boyutlu yapı ile devam edilmesine karar verilmiştir.

Taslak ölçekteki kalan 19 maddeyi gruplandırmak ve gereksiz maddelerden arındırmak için, Jamovi R-Based ve IBM SPSS 24 paket programı aracılığıyla AFA yöntemlerinden Temel Eksenler Analizi ve Direct Oblimin rotasyon yöntemi seçilerek analiz yapılmıştır.

Temel Eksenler Analizi'ne göre, faktör yük değerleri arasındaki farkın 0.10'un altında olduğu (binişik) maddeler içinden en fazla binişiklik gösteren madde ve/veya faktör yük değerinin en düşük olduğu madde "elenmeye aday madde" olarak belirlenmiştir. Ölçeği oluşturan maddeler arasından binişiklik gösteren ve/veya 0.60'nin altında faktör yükü taşıyan maddeler en düşük maddeden başlanarak sırasıyla ölçekten çıkarılmış ve analiz her defasında tekrarlanmıştır. Yapılan analiz sonrasında sırasıyla 1, 6, 12, 14 numaralı 4 adet maddenin elenmesine karar verilmiştir.

AFA sonucu elde edilen üç boyutlu yapıda yer alan 15 maddenin faktör yüklerinin 0.670 ile 0.831 arasında değiştiği belirlenmiş ve kalan 15 madde yeniden numaralandırılmıştır (Tablo 4.6).

Ölçek alt boyutlarının açıkladığı toplam varyans oranlarının sırasıyla %23.2, %22.9 ve %19.0 olduğu bulunmuştur. Ayrıca, ölçek bütününe ait açıklanan toplam varyans oranının ise %65.2 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7).

**Tablo 4.6: Ölçeğin faktör yapısı ve ölçek maddelerinin faktör yükleri**

Madde	Faktör			Maddelerin yeni numaraları
	1	2	3	
m2	0.831			m1
m3	0.807			m2
m4	0.675			m3
m5	0.752			m4
m7		0.795		m5
m8		0.772		m6
m9		0.748		m7
m10		0.767		m8
m11		0.821		m9
m13			0.707	m10
m15			0.730	m11
m16			0.777	m12
m17			0.689	m13
m18			0.670	m14
m19			0.827	m15

**Tablo 4.7: Ölçek alt boyutlarının özdeğer, açıklanan varyans ve toplam varyans oranları**

Faktör	Özdeğer	Açıklanan varyans (%)	Açıklanan toplam varyans (%)
1	4.41	23.2	23.2
2	4.36	22.9	46.2
3	3.61	19.0	65.2

AFA sonucunda 15 maddeli ve üç boyutlu yapıya sahip “Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği – Ebeveyn Formu” elde edilmiştir (Ek D). Ölçeğin her bir alt boyutundaki maddeler anlam açısından değerlendirilmiş ve alt boyutlar sırasıyla “kontrol yetersizliği”, “önceliğin artması” ve “olumsuz sonuçlar” şeklinde isimlendirilmiştir. Ölçeğin alt boyutlarına verilen isimler ve alt boyutların içerdiği ölçek madde numaraları Tablo 4.8’de yer almaktadır.

**Tablo 4.8: OOBÖ – EF alt boyutları ve maddeleri**

Alt boyutlar	Madde sayısı	Maddeler
Boyut 1: Kontrol yetersizliği	4 madde	1, 2, 3, 4
Boyut 2: Önceliğin artması	5 madde	5, 6, 7, 8, 9
Boyut 3: Olumsuz sonuçlar	6 madde	10, 11, 12, 13, 14, 15

#### 4.2.4.2. Doğrulayıcı faktör analizi (DFA)

AFA sonucu elde edilen üç boyutlu ve 15 maddelik “Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği – Ebeveyn Formu”nun birinci düzey faktöryel yapısı IBM SPSS AMOS 26 programı kullanılarak test edilmiştir.

**Tablo 4.9: OOBÖ – EF uyum iyiliği indeks değerleri, kabul edilebilir ve iyi uyum iyiliği değerleri**

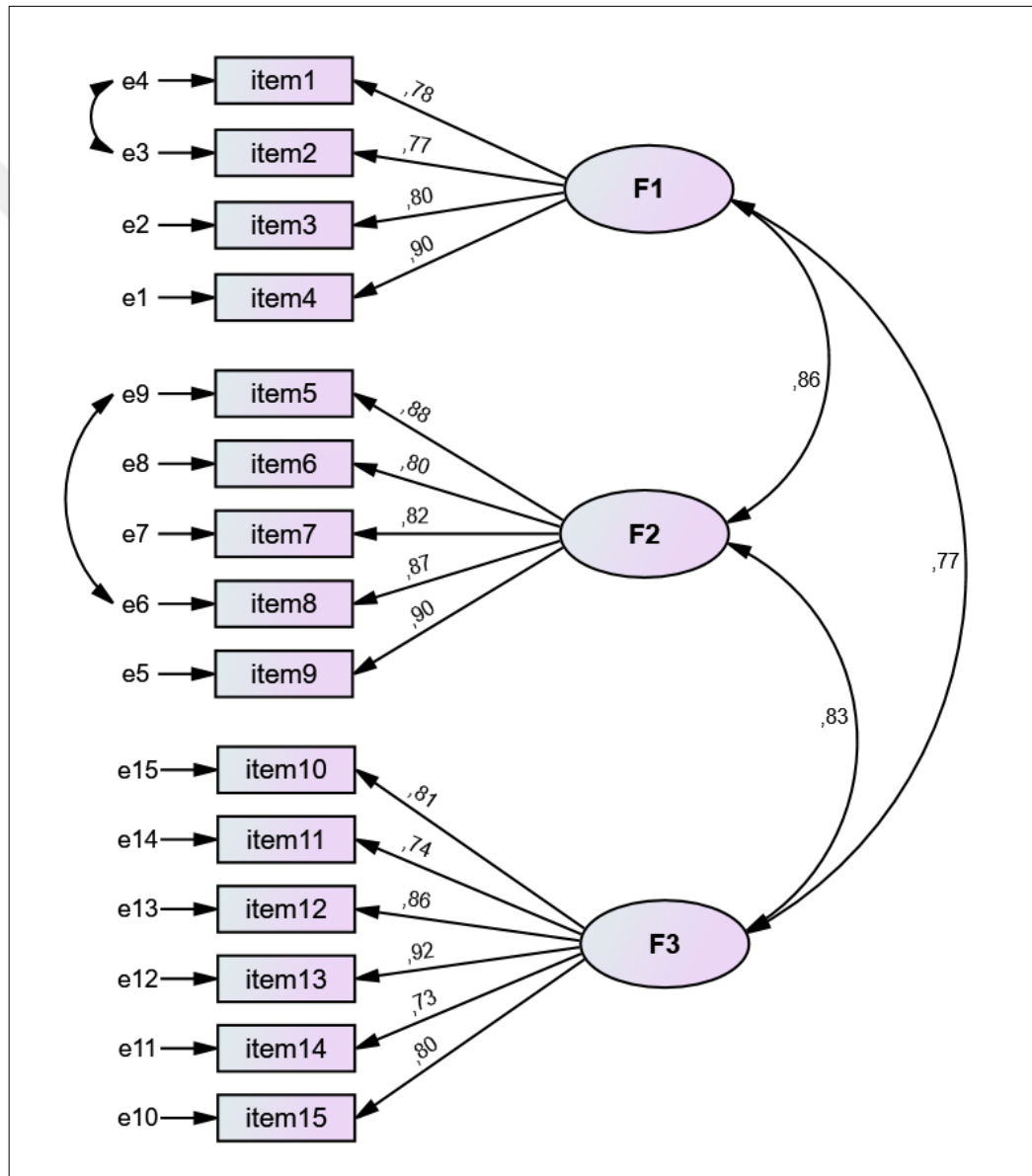
	İlk sonuç	1. modifikasyon (e3-e4)	2. modifikasyon (e6-e9)	Kabul edilebilir değer	İyi uyum değerleri
<b>X<sup>2</sup></b>	328.247	269.792	245.789	-	-
<b>df</b>	87	86	85	-	-
<b>X<sup>2</sup>/df</b>	3.773	3.137	2.892	<5	<3
<b>RMR</b>	0.71	0.72	0.70	<0.80	<0.050
<b>GFI</b>	0.893	0.914	0.921	>0.90	>0.95
<b>NFI</b>	0.933	0.945	0.950	>0.90	>0.95
<b>IFI</b>	0.950	0.962	0.966	>0.90	>0.95
<b>TLI</b>	0.939	0.953	0.958	>0.90	>0.95
<b>CFI</b>	0.949	0.961	0.966	>0.90	>0.95
<b>RMSEA</b>	.087	.076	.072	<0.08	<0.05
<b>SRMR</b>	.0329	.0329	.0321	<0.08	<0.05

X<sup>2</sup>: Ki-square, df: Degrees of Freedom, X<sup>2</sup>/df: Ki-square/Degrees of Freedom, RMR: Root Mean Square Residual, GFI: Goodness of Fit Index, NFI: Normed Fit Index, IFI: Incremental Fit Index, TLI: Turker Lewis Index, CFI:Comparative Fit Index, RMSEA:Root Mean Square Error of Approximation, SRMR:Standardized Root Mean Square Residual

Birinci düzey DFA ile uyum iyiliği değerleri incelenmiştir. Uyum iyiliği değerlerinin iyileşmesi için modifikasyon önerileri dikkate alınarak analizler tekrarlanmıştır. Modifikasyon önerileri doğrultusunda 1. madde ve 2. madde ile 5.

madde ve 8. maddenin hata varyansları birleştirilmiştir. Yapılan analize göre; uyum iyiliği değerlerinin  $X^2:245.789$ ,  $df:85$ ,  $X^2/df:2.892$ ,  $RMR:0.70$ ,  $GFI:0.921$ ,  $NFI:0.950$ ,  $IFI:0.966$ ,  $TLI:0.958$ ,  $CFI:0.966$ ,  $RMSEA:0.072$ ,  $SRMR:0.0321$  olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Maddelere ait faktör yüklerinin 0.73 ile 0.92 arasında değiştiği bulunmuştur. Elde edilen path diyagramı Şekil 3'te görüldüğü gibidir;



Şekil 4.1: OOBÖ – EF birinci düzey DFA path diyagramı

### 4.3. Güvenirlik Analizi

Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği – Ebeveyn Formu'nun güvenirligini değerlendirmek için yapılan test - tekrar test güvenirligi ve iç tutarlılık analiz sonuçları aşağıda verilmiştir.

#### 4.3.1. Test – retest güvenirligi

Ölçeğin zamana göre güvenirligini belirlemek amacıyla araştırmanın örneklemiyle benzer özelliklere sahip, 6-18 yaş arası çocuğu olan 45 ebeveyne 3 hafta arayla OOBÖ – EF verilmiştir. Her iki uygulamada OOBÖ – EF'den elde edilen toplam puanlar, eşleştirilmiş gruplarda t-testi ve Pearson korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Tablo 4.10: Test – tekrar test uygulamasından elde edilen toplam puanlar arasındaki fark**

Grup	n	Ort ± SS	t	p
1. uygulama	45	39.9±17.3	.690	.598
2. uygulama	45	39.1±17.1		

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

45 kişilik gruba 3 hafta arayla OOB – EF uygulanmış, elde edilen toplam puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark (t:0.690, p:.598) bulunmamıştır (Tablo 4.10).

**Tablo 4.11: Test - tekrar test uygulamasından elde edilen toplam puan korelasyonları**

	Test	2. uygulama
1. uygulama	r	1.293
	p	<0.001

Test – tekrar test uygulaması sonucu, OOBÖ – EF'den elde edilen toplam puanlar arasında pozitif ve çok ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu (r:1.293, p:<0.001) saptanmıştır (Tablo 4.11).

#### 4.3.2. İç tutarlılık analizi

OOBÖ – EF toplamı ve alt boyutlarının iç tutarlığı Cronbach  $\alpha$  katsayısı kullanılarak değerlendirilmiştir. Elde edilen güvenilirlik katsayıları Tablo 4.12’de verilmiştir.

**Tablo 4.12: OOBÖ – EF bütünü ve alt boyutların iç tutarlık katsayıları (n:750)**

OOBÖ – EF ve Alt Boyutları	Maddeler	Cronbach $\alpha$ Katsayısı
Kontrol Yetersizliği	1, 2, 3, 4	0.879
Önceliğin artması	5, 6, 7, 8, 9	0.928
Olumsuz sonuçlar	10, 11, 12, 13, 14, 15	0.915
<b>OOBÖ – EF Toplam</b>	15 madde	0.953

Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği – Ebeveyn Formu’ndaki 15 maddenin toplam Cronbach  $\alpha$  katsayısı 0.953’tür. Alt boyutlar için elde edilen Cronbach  $\alpha$  katsayıları sırasıyla kontrol yetersizliği için 0.879; önceliğin artması için 0.928; olumsuz sonuçlar için ise 0.915 olarak bulunmuştur.

#### 4.4. OOBÖ – EF ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

OOBÖ – EF; kontrol yetersizliği (4 madde), önceliğin artması (5 madde), olumsuz sonuçlar (6 madde) olmak üzere 3 alt boyut ve toplam 15 maddeden oluşmaktadır (Tablo 4.13). Ölçek, 5’li Likert tiptedir ve yanıtlama seçenekleri 1 (Tamamen yanlış) ile 5 (Tamamen doğru) arasında değişmektedir.

**Tablo 4.13: OOBÖ – EF ve alt boyutları**

Ölçek alt boyutları ve toplamı	Madde sayısı	Maddeler
Kontrol yetersizliği	4 madde	1, 2, 3, 4
Önceliğin artması	5 madde	5, 6, 7, 8, 9
Olumsuz sonuçlar	6 madde	10, 11, 12, 13, 14, 15
Ölçek toplamı	15 madde	

#### 4.4.1. Ölçek ve alt boyutlarına ilişkin açıklama ve puanlanma

OOBÖ – EF toplamı ve alt boyutları, puan ortalamaları üzerinden değerlendirilmektedir.

- OOBÖ – EF, ebeveynler tarafından doldurulmakta ve 6-18 yaş arası çocuk ve ergenlerin oyun oynama bozukluğu şiddetini değerlendirmektedir.
- Kontrol yetersizliği alt boyutu, çocuk veya ergenin oyun oynama etkinliğini kontrol altına alamamasını (frekans, yoğunluk, süre, sonlandırma) değerlendirmektedir.
- Önceliğin artması alt boyutu, çocuk veya ergenin diğer yaşam alanları ve günlük aktivitelerinin önüne geçecek şekilde oyun oynamaya verdiği önceliğin artmasını değerlendirmektedir.
- Olumsuz sonuçlar alt boyutu, bireyin işlevselliğini bozucu şekilde olumsuz sonuçlar ortaya çıkmasına rağmen oyun oynamaya devam etmesini değerlendirmektedir.

Ölçek toplamı ve alt boyutlarından elde edilen ortalama puanın 1'e yaklaşması çocuk ve ergenlerin oyun oynama bozukluğu riskinin düşük, 5'e yaklaşması ise oyun oynama bozukluğu riskinin yüksek olabileceğini yansıtmaktadır.

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışma sonucunda, ebeveynlerin çocuklarındaki oyun oynama bozukluğu şiddetini değerlendirmesine imkan veren bir ölçek geliştirilmiş ve ardından ölçeğin psikometrik özellikleri test edilmiştir. Bu bölümde, geliştirme çalışması yapılan OOBÖ – EF'nin geçerlik ve güvenirliği tartışılmaktadır.

### 5.1. OOBÖ – EF Geçerliği

Araştırma kapsamında geliştirilen OOBÖ – EF'nin geçerlik değerlendirilmesi için; “kapsam geçerliği”, “madde analizi” ve “yapı geçerliği” yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar aşağıda tartışılmaktadır.

Ölçeğin kapsam geçerliğini yapmak için, 33 ifadeden oluşan madde havuzu uzmanlara gönderilmiş ve uzmanların her bir maddeye verdikleri puanlar üzerinden KGİ hesaplanmıştır. Toplam KGİ değerinin 0.94 olduğu bulunmuştur. Literatürde, Lawshe tekniğinde 8 uzman için eşik KGİ değerinin 0.75 olması gerekliliği bildirilmektedir [137]. Elde edilen bulgular, ölçeğin kapsam geçerliğinin yeterli olduğunu göstermektedir.

19 maddenin anlaşılabilirliğini değerlendirmek için bir dil bilimci ölçeği incelemiştir. Geri bildirimler doğrultusunda üç ifadede minör düzenlemeler yapılarak kapsam geçerliği tamamlanmış ve 19 maddelik taslak ölçek pilot uygulama için hazır hale gelmiştir. Pilot uygulama amacıyla 48 ebeveyne ölçek verilmiştir. Pilot uygulama sonucunda ölçekteki ifadelerin anlaşılır ve uygun olduğu belirlenmiştir.

Ana çalışmadan elde edilen verilerin geçerliğini incelemek amacıyla öncelikle madde analizi araştırılmıştır. Maddeler arasında yapay bir yüksek ilişki olmasını önlemek için “düzeltilmiş madde-toplam korelasyonu” incelenmiştir. Madde-toplam korelasyon değeri 0.30 altında kalan maddelerin elenmesi planlanmıştır [125, 132]. Yapılan analizler sonucunda 19 maddenin düzeltilmiş madde-toplam korelasyonunun

0.627 – 0.827 arasında değiştiği gözlenmiştir. Madde analizinden elde edilen sonuçlar, ölçekteki 19 maddenin her birinin nitelikli ve birbiriyle ilişkili olduğunu göstermiştir.

Madde analizinde silinen madde olmadığı tespit edildikten sonra, 19 maddelik ölçeğin yapı geçerliliğini incelemek için faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi AFA ve DFA olarak ikiye ayrılmaktadır [130].

Faktör analizi yapmaya başlamadan önce, örneklem büyüklüğünün ve maddeler arasındaki ilişkinin faktör analizi yapmak için uygun olup olmadığını değerlendirmek amacıyla KMO katsayısı ve Bartlett testi yapılmıştır. Araştırmada KMO değerinin 0.962, Bartlett testinin ise istatistiksel açıdan anlamlı (df:171;  $p < 0.001$ ) olduğu tespit edilmiştir [140-142]. Bu sonuçlara göre, örneklem mükemmel büyüklükte olduğu ve veri setindeki değerkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konulmuş, araştırmanın veri setinde faktör analizi yapılabileceği ispatlanmıştır.

Bu araştırmada ölçeğin yapı geçerliliğinin test edilmesi için AFA ve DFA kullanılmıştır. Literatürde ölçek geliştirme çalışmalarında yapı geçerliliğini test etmek için iki analiz yönteminin farklı örneklem gruplarında kullanılması gerektiği bildirilmektedir [143]. Bu nedenle örneklem, rasgele iki ayrı gruba bölünmüş, rasgele seçilen 380 kişilik ilk gruba AFA, diğer 370 kişilik gruba ise DFA yapılmıştır.

AFA’da 0.30’un altında faktör yüküne sahip maddelerin “yetersiz” olduğu ifade edilmekte, ölçeğe 0.40 ve üzerinde faktör yükü taşıyan maddelerin alınmasının gerekli olduğu belirtilmektedir [131]. Bu çalışma kapsamında, ilgili faktörle en ilişkili olan maddeleri ölçek dahilinde tutmak için minimum faktör yükü .60 olarak alınmıştır. Ölçeği oluşturan maddeler arasından binişiklik gösteren madde çıkmamış; 0.60’nin altında faktör yükü taşıyan maddeler en düşük faktör yüküne sahip maddeden başlayarak sırasıyla çıkarılmış ve analiz her defasında tekrarlanmıştır. Yapılan analiz sonrasında sırasıyla 1, 6, 12, 14 numaralı 4 adet maddenin elenmesine karar verilmiştir. AFA sonucu elde edilen üç boyutlu yapıda yer alan 15 maddenin faktör yüklerinin 0.670 ile 0.831 arasında değeritiği belirlenmiş ve kalan 15 madde yeniden numaralandırılmıştır. Açıklanan toplam varyans oranının ise %40’ in altında olmaması

gerektiği, %40-60 arasında olmasının yeterli olacağı vurgulanmaktadır [126, 144]. Ölçek alt boyutlarının toplam varyans oranları sırasıyla %23.2, %22.9 ve %19.0 çıkmış, ölçek bütününe ait açıklanan toplam varyans oranı ise %65.2 saptanmıştır. Mevcut sonuçlara göre, OOBÖ – EF'nin yapı geçerliğini sağladığı gözlenmiştir.

AFA ile tespit edilen faktör yapısı model olarak belirlendikten sonra, modeldeki gözlenen ve gizli değişkenler ile bu değişkenlerin arasındaki ilişki, DFA kapsamında path diyagramı ile şema haline getirilmektedir. Modelin tanımlanmasından sonra oluşturulan matris, kestirim yöntemleri aracılığıyla analiz edilmektedir. Maksimum Likelihood, DFA'da en çok yapılan kestirim yöntemidir. Kestirim yöntemi belirlendikten sonra modelin uyumu, elde edilen uyum indeksi değerleri incelenerek değerlendirilmektedir. Uyum indeksi değerleri,  $X^2$ ,  $X^2/df$ , RMR, GFI, NFI, IFI, TLI, CFI, RMSEA, SRMR şeklinde adlandırılmakta olup “kabul edilebilir” ve “normal” uyum değerleri şeklinde sınıflandırılmaktadır. Modele ait uyum indekslerinin kötü sonuçlanması durumunda kuramsal yapıyı bozmamak koşuluyla, model uyumunu geliştirecek önerilere ihtiyaç duyulmakta, analizin modifikasyon önerileri dikkate alınarak düzenlemeler yapılmaktadır [139, 145-148]. Modelde yer alan ölçek maddelerine ait faktör yüklerinin .70 civarında olması istenmekte, minimum 0.30 ve üzerinde olması gerekmektedir. Maddeye ait faktör yükünün 0.40'ın altında olması zayıf; 0.60 ve üzerinde olması ise güçlü olarak değerlendirilmektedir [145].

Mevcut araştırmada maksimum likelihood kestirim yöntemi kullanılmış, birinci düzey DFA ile uyum iyiliği değerleri araştırılmış, değerlerin iyileşmesi için modifikasyon önerileri dikkate alınmış ve analizler tekrarlanmıştır. Modifikasyon önerileri doğrultusunda ölçeğin 1. madde ve 2. madde ile 5. madde ve 8. madde hata varyansları birleştirilmiştir. Yapılan modifikasyonlar sonucunda; uyum iyiliği değerleri  $X^2:245.789$ ,  $df:85$ ,  $X^2/df:2.892$ , RMR:0.70, GFI:0.921, NFI:0.950, IFI:0.966, TLI:0.958, CFI:0.966, RMSEA:0.072, SRMR:0.0321 olarak tespit edilmiştir. Modelde yer alan her maddenin faktör yüklerinin 0.73 ile 0.92 arasında değiştiği bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, AFA ile ortaya çıkan ölçek faktör yapısının DFA ile doğrulandığı ve modelin iyi derecede uyum sağladığı söylenebilir.

## 5.2. OOBÖ – EF Güvenirliği

Mevcut araştırmada geliştirilen OOBÖ – EF'nin güvenirliğinin belirlenmesi amacıyla “test - tekrar test” ve “iç tutarlılık analizi” yöntemleri kullanılmıştır.

Araştırma kapsamında ölçeğin zamana karşı güvenirliğinin tespiti için test - tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Bu amaçla, ana çalışmanın örnekleme benzer özelliklere sahip 45 kişilik bir gruba 3 hafta arayla ölçek verilmiştir. İki uygulamadan edinilen ortalama puanlar arasında pozitif yönde, güçlü bir ilişki olduğu saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Buna göre OOBÖ – EF'nin zamana karşı güvenilir, kararlı ve değişmez bir ölçüm aracı olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada beşli Likert şeklinde geliştirilen OOBÖ – EF'nin “kontrol yetersizliği”, “önceliğin artması” ve “olumsuz sonuçlar” alt boyutlarına ait Cronbach  $\alpha$  katsayısının sırasıyla 0.879, 0.928, 0.915 olduğu saptanmış, ölçekteki 15 maddenin toplam Cronbach  $\alpha$  katsayısı ise 0.953 bulunmuştur. Ölçek güvenirliğini belirlemek için yapılan iç tutarlılık analizine göre; ölçeğin alt boyutlarının ve ölçek bütününün yüksek derecede güvenirlilik düzeyinde olduğu söylenebilir.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

### 6.1. Sonuç

Türkiye’de OOB için geliştirilen ölçüm aracı sayısının kısıtlı olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin çocuklarındaki OOB semptomlarını değerlendirebileceği bir ölçüm aracı ise bildiğimiz kadarıyla yoktur. Mevcut araştırma, çocuktaki OOB semptomlarının ebeveyn tarafından bildirimine imkan veren bir ölçek geliştirmeyi amaçlamıştır.

Araştırma sonucunda, Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği – Ebeveyn Formu’nun (OOBÖ – EF) Türk toplumu için kullanılabilir ve geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu tespit edilmiştir.

Beşli Likert tipinde, 15 maddeden oluşan OOBÖ – EF, üç alt boyut içermektedir. Bunlar sırasıyla “kontrol yetersizliği”, “önceliğin artması” ve “olumsuz sonuçlar”dır.

OOBÖ – EF ile, 6-18 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerin oyun oynama bozukluğu semptomları ebeveynleri tarafından değerlendirilmektedir. Ölçekten yüksek puanlar alınması, çocukta oyun oynama bozukluğu riskinin yüksek olabileceğini düşündürmelidir.

### 6.2. Öneriler

Mevcut araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- OOBÖ – EF ile, ruh sağlığı çalışanlarının OOB’yi değerlendirme gücünün artacağı düşünülmektedir. Ölçeğin ebeveyn tarafından dolduruluyor olması, mevcut semptomların daha objektif değerlendirilmesine fırsat verebilir.

- Araştırma verilerinin çevrimiçi ortamda yayımlanarak toplanması çalışmanın en önemli sınırlılığıdır. Ölçeğin genel popülasyonda ve daha geniş örneklem grubunda test edilmesi önerilmektedir.

- OOBÖ – EF’ye benzer şekilde, ICD-11 OOB tanı kriterlerini temel alan paralel bir çocuk formunun geliştirilmesi, OOB semptomlarının özbildirim şeklinde çocuk gözünden değerlendirilmesi fırsatını sunacaktır.



## KAYNAKLAR

1. **Hanelerde Bilişim Teknolojileri Kullanımı.** (2019). Retrieved 19.05.2020, from: [http://www.tuik.gov.tr/PrelstatistikTablo.do?istab\\_id=2599](http://www.tuik.gov.tr/PrelstatistikTablo.do?istab_id=2599)
2. **Essential Facts About the Computer and Video Game Industry.** (2019). Retrieved 19.05.2020, from: [https://www.theesa.com/wp-content/uploads/2019/05/ESA\\_Essential\\_facts\\_2019\\_final.pdf](https://www.theesa.com/wp-content/uploads/2019/05/ESA_Essential_facts_2019_final.pdf)
3. **Gentile, D.** (2009) Pathological Video-Game Use Among Youth Ages 8 to 18: A National Study. *Psychol Sci.* 20(5): p. 594-602.
4. **Dijital Oyunlar Raporu.** (2019). Retrieved 20.05.2020, from: <https://www.guvenliweb.org.tr/dosya/RjARy.pdf>
5. **King, DL, Delfabbro PH, Billieux J, and Potenza MN.** (2020) Problematic Online Gaming and the COVID-19 Pandemic. *J Behav Addict.*
6. **eSports and gaming industry thriving as video games provide escape from reality during coronavirus pandemic.** (2020). Retrieved 22.4.2020, from: <https://www.wfaa.com/article/sports/esports-gaming-industry-thriving-as-video-games-provide-escape-from-reality-during-coronavirus-pandemic/287-5953d982-d240-4e2b-a2ba-94dd60a8a383>
7. **Video Games Are Being Played At Record Levels As The Coronavirus Keeps People Indoors.** (2020). Retrieved 09.07.2020, from: <https://www.forbes.com/sites/mattperetz/2020/03/16/video-games-are-being-played-at-record-levels-as-the-coronavirus-keeps-people-indoors/#2c779f8e57ba>
8. **Kuss, DJ and Griffiths MD.** (2012) Online Gaming Addiction in Children and Adolescents: A Review of Empirical Research. *J Behav Addict.* 1(1): p. 3-22.
9. **Green, CS and Bavelier D.** (2003) Action video game modifies visual selective attention. *Nature.* 423(6939): p. 534-7.
10. **Prot, S, Gentile DA, Anderson CA, Suzuki K, Swing E, Lim KM, et al.** (2014) Long-term Relations Among Prosocial-Media Use, Empathy, and Prosocial Behavior. *Psychol Sci.* 25(2): p. 358-68.
11. **Granic, I, Lobel A, and Engels RC.** (2014) The Benefits of Playing Video Games. *Am Psychol.* 69(1): p. 66-78.
12. **Paulus, FW, Ohmann S, von Gontard A, and Popow C.** (2018) Internet Gaming Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Dev Med Child Neurol.* 60(7): p. 645-59.
13. **Jo, YS, Bhang SY, Choi JS, Lee HK, Lee SY, and Kweon YS.** (2019) Clinical Characteristics of Diagnosis for Internet Gaming Disorder: Comparison of DSM-5 IGD and ICD-11 GD Diagnosis. *J Clin Med.* 8(7): p. 945.
14. **Kuss, DJ, Griffiths MD, and Pontes HM.** (2017) Chaos and Confusion in DSM-5 Diagnosis of Internet Gaming Disorder: Issues, Concerns, and Recommendations for Clarity in the Field. *J Behav Addict.* 6(2): p. 103-9.
15. **Chen, KH, Oliffe JL, and Kelly MT.** (2018) Internet Gaming Disorder: An Emergent Health Issue for Men. *Am J Mens Health.* 12(4): p. 1151-59.
16. **American Psychiatric Association.** (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®), American Psychiatric Pub
17. **World Health Organization.** (2015) Public health implications of excessive use of the internet, computers, smartphones and similar electronic devices: meeting report, Main Meeting Hall, Foundation for Promotion of Cancer Research, National Cancer Research Centre, Tokyo, Japan, 27-29 August 2014. Geneva, World Health Organization
18. **The ICD-11 Beta Draft (Mortality and Morbidity Statistics).** (2016). Retrieved 17.04.2020, from: <https://icd.who.int/dev11/l-m/en>

19. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11).** (2019). Retrieved 23.05.2020, from: <https://www.who.int/news-room/detail/25-05-2019-world-health-assembly-update>
20. **World Health Organization.** (2018) The ICD-11 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research. *World Health Organization: Geneva, Switzerland.*
21. **Kuss, DJ and Griffiths MD.** (2012) Internet and Gaming Addiction: A Systematic Literature Review of Neuroimaging Studies. *Brain Sci.* 2(3): p. 347-74.
22. **Lee, S, Lee HK, and Choo H.** (2017) Typology of Internet Gaming Disorder and Its Clinical Implications. *Psychiat Clin Neuros.* 71(7): p. 479-91.
23. **Griffiths, MD.** (2005) A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *J Subst Abuse Treat.* 10(4): p. 191-97.
24. **Griffiths, MD, Kuss DJ, and King DL.** (2012) Video Game Addiction: Past, Present and Future. *Curr Psychiatr Rev.* 8(4): p. 308-18.
25. **Soper, WB and Miller MJ.** (1983) Junk-Time Junkies: An Emerging Addiction Among Students. *J Sch Couns.* 31(1): p. 40-3.
26. **Shotton, MA.** (1989) Computer Addiction Pb: A Study Of Computer Dependency. 1st ed. London, Taylor & Francis
27. **Egli, EA and Meyers LS.** (1984) The role of video game playing in adolescent life: Is there reason to be concerned? *Bull Psychon Soc.* 22(4): p. 309-12.
28. **Young, K, Pistner M, O'Mara J, and Buchanan J.** (1999) Cyber Disorders: The Mental Health Concern for the New Millennium. *Cyberpsychol Behav.* 2(5): p. 475-9.
29. **Király, O, Griffiths MD, Urbán R, Farkas J, Kökönyei G, Elekes Z, et al.** (2014) Problematic Internet Use and Problematic Online Gaming Are Not the Same: Findings from a Large Nationally Representative Adolescent Sample. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 17(12): p. 749-54.
30. **Pontes, HM and Griffiths MD.** (2014) Internet Addiction Disorder and Internet Gaming Disorder are Not the Same. *J Addict Res Ther.* 5(4).
31. **Brand, M, Young KS, and Laier C.** (2014) Prefrontal Control and Internet Addiction: A Theoretical Model and Review of Neuropsychological and Neuroimaging Findings. *Front Hum Neurosci.* 8: p. 375.
32. **Van Rooij, AJ, Schoenmakers TM, Van de Eijnden RJJM, and Van de Mheen D.** (2010) Compulsive Internet Use: The Role of Online Gaming and Other Internet Applications. *J Adolescent Health.* 47(1): p. 51-7.
33. **Griffiths, MD and Davies MNO.** (2005) Videogame addiction: Does it exist? Boston, MIT Press
34. **Griffiths, MD, King D, and Demetrovics Z.** (2014) DSM-5 Internet Gaming Disorder needs a unified approach to assessment. *Neuropsychiatry.* 4(1): p. 1-4.
35. **Pontes, HM, Kiraly O, Demetrovics Z, and Griffiths MD.** (2014) The Conceptualisation and Measurement of DSM-5 Internet Gaming Disorder: The Development of the IGD-20 Test. *PLoS One.* 9(10): p. e110137.
36. **Petry, NM, Rehbein F, Ko CH, and O'Brien CP.** (2015) Internet Gaming Disorder in the DSM-5. *Curr Psychiatry Rep.* 17(9): p. 72.
37. **Fam, JY.** (2018) Prevalence of Internet Gaming Disorder in Adolescents: A Meta-Analysis Across Three Decades. *Scand J Psychol.* 59(5): p. 524-31.
38. **Griffiths, MD.** (2018) Conceptual Issues Concerning Internet Addiction and Internet Gaming Disorder: Further Critique on Ryding and Kaye (2017). *Int J Ment Health Ad.* 16(1): p. 233-9.
39. **King, DL and Delfabbro PH.** (2013) Video-gaming Disorder and the DSM-5: Some Further Thoughts. *Aust NZ J Psychiat.* 47(9): p. 875-6.

40. **Király, O, Griffiths MD, and Demetrovics Z.** (2015) Internet Gaming Disorder and the DSM-5: Conceptualization, Debates, and Controversies. *Curr Addict Rep.* 2(3): p. 254-62.
41. **Starcevic, V.** (2013) Video-gaming disorder and behavioural addictions. *Aust N Z J Psychiatry.* 47(3): p. 285-6.
42. **Feng, W, Ramo D, Chan S, and Bourgeois J.** (2017) Internet Gaming Disorder: Trends in Prevalence 1998-2016. *Addict Behav.* 75: p. 17.
43. **Lopez-Fernandez, O, Williams AJ, Griffiths MD, and Kuss DJ.** (2019) Female Gaming, Gaming Addiction, and the Role of Women Within Gaming Culture: A Narrative Literature Review. *Front Psychiatry.* 10: p. 454.
44. **Witek, CT, Finseras TR, Pallesen S, Mentzoni RA, Hanss D, Griffiths MD, et al.** (2016) Prevalence and Predictors of Video Game Addiction: A Study Based on a National Representative Sample of Gamers. *Int J Ment Health Addict.* 14(5): p. 672-86.
45. **Pontes, HM, Macur M, and Griffiths MD.** (2016) Internet Gaming Disorder Among Slovenian Primary Schoolchildren: Findings From a Nationally Representative Sample of Adolescents. *J Behav Addict.* 5(2): p. 304-10.
46. **Wartberg, L, Kriston L, and Thomasius R.** (2017) The Prevalence and Psychosocial Correlates of Internet Gaming Disorder Analysis in a Nationally Representative Sample of 12- to 25-Year-Olds. *Dtsch Arztebl Int.* 114(25): p. 419.
47. **Salguero, RT and Morán RMB.** (2002) Measuring Problem Video Game Playing in Adolescents. *Addiction.* 97(12): p. 1601-6.
48. **Ko, CH, Yen JY, Yen CF, Lin HC, and Yang MJ.** (2007) Factors Predictive for Incidence and Remission of Internet Addiction in Young Adolescents: A Prospective Study. *Cyberpsychol Behav.* 10(4): p. 545-51.
49. **Wang, C, Chan CLW, Mak K, Ho S, Wong PWC, and Ho RTH.** (2014) Prevalence and Correlates of Video and Internet Gaming Addiction among Hong Kong Adolescents: A Pilot Study. *Sci World J.* 2014: p. 1-9.
50. **Kim, Ni, Hwang SS, Choi J, Kim D, Demetrovics Z, Király O, et al.** (2016) Characteristics and Psychiatric Symptoms of Internet Gaming Disorder Among Adults Using Self-Reported DSM-5 Criteria. *Psychiatry Investig.* 13(1): p. 58.
51. **Müller, KW, Janikian M, Dreier M, Wöfling K, Beutel ME, Tzavara C, et al.** (2015) Regular Gaming Behavior and Internet Gaming Disorder in European Adolescents: Results From a Cross-National Representative Survey of Prevalence, Predictors, and Psychopathological Correlates. *Eur Child Adoles Psy.* 24(5): p. 565-74.
52. **Mihara, S and Higuchi S.** (2017) Cross-sectional and Longitudinal Epidemiological Studies of Internet Gaming Disorder: A Systematic Review of the Literature. *Psychiat Clin Neuros.* 71(7): p. 425-44.
53. **Vollmer, C, Randler C, Horzum MB, and Ayas T.** (2014) Computer Game Addiction in Adolescents and Its Relationship to Chronotype and Personality. *SAGE Open.* 4(1): p. 1-9.
54. **Mentzoni, RA, Brunborg GS, Molde H, Myrseth H, Skouverøe KJM, Hetland J, et al.** (2011) Problematic Video Game Use: Estimated Prevalence and Associations With Mental and Physical Health. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 14(10): p. 591-6.
55. **Griffiths, MD, Kuss DJ, and Demetrovics Z.** (2014) Social Networking Addiction: An Overview of Preliminary Findings. P. Kenneth and L. CF, Editors. in *Behavioral Addictions: Criteria, Evidence, and Treatment*, Elsevier
56. **Andreassen, CS.** (2015) Online Social Network Site Addiction: A Comprehensive Review. *Curr Addict Rep.* 2(2): p. 175-84.
57. **McAndrew, FT and Jeong HS.** (2012) Who Does What on Facebook? Age, Sex, and Relationship Status as Predictors of Facebook Use. *Comput Hum Behav.* 28(6): p. 2359-65.

58. **Andreassen, CS, Billieux J, Griffiths MD, Kuss DJ, Demetrovics Z, Mazzoni E, et al.** (2016) The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychol Addict Behav.* 30(2): p. 252.
59. **Saunders, John B, Hao Wei, Long Jiang, King Daniel L, Mann Karl, Fauth-Bühler Mira, et al.** (2017) Gaming Disorder: Its Delineation as an Important Condition for Diagnosis, Management, and Prevention. *J Behav Addict.* 6(3): p. 271-79.
60. **Irmak, AY and Erdogan S.** (2015) Validity and reliability of the Turkish version of the Digital Game Addiction Scale. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 16(S1): p. 10-19.
61. **Tinkir, NS, Tanrıverdi F, Ay J, Dedekli E, and Eren M.** (2019) The relationship between the duration of internet use and digital game addiction in 2nd, 3rd, and 4th grade students. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 20(1): p. 122-5.
62. **Park, HS, Kim SH, Bang SA, Yoon EJ, Cho SS, and Kim SE.** (2010) Altered Regional Cerebral Glucose Metabolism in Internet Game Overusers: A 18F-fluorodeoxyglucose Positron Emission Tomography Study. *CNS Spectr.* 15(3): p. 159-66.
63. **Weinstein, A, Livny A, and Weizman A.** (2017) New Developments in Brain Research of Internet and Gaming Disorder. *Neurosci Biobehav Rev.* 75: p. 314-30.
64. **Han, DH, Lyoo IK, and Renshaw PF.** (2012) Differential Regional Gray Matter Volumes in Patients With On-Line Game Addiction and Professional Gamers. *J Psychiatr Res.* 46(4): p. 507-15.
65. **Zhou, Y, Lin FC, Du Y S, Qin LD, Zhao ZM, Xu JR, et al.** (2011) Gray Matter Abnormalities in Internet Addiction: A Voxel-Based Morphometry Study. *Eur J Radiol.* 79(1): p. 92-5.
66. **Kühn, S, Romanowski A, Schilling C, Lorenz R, Mörsen C, Seiferth N, et al.** (2011) The Neural Basis of Video Gaming. *Transl Psychiatry.* 1(11): p. e53-e53.
67. **Zhang, J, Yao Y, Li CR, Zang Y, Shen Z, Liu L, et al.** (2016) Altered Resting-State Functional Connectivity of the Insula in Young Adults With Internet Gaming Disorder. *Addict Biol.* 21(3): p. 743-51.
68. **Weng, CB, Qian RB, Fu XM, Lin B, Han XP, Niu CS, et al.** (2013) Gray Matter and White Matter Abnormalities in Online Game Addiction. *Eur J Radiol.* 82(8): p. 1308-12.
69. **Yuan, K, Qin W, Wang G, Zeng F, Zhao L, Yang X, et al.** (2011) Microstructure Abnormalities in Adolescents With Internet Addiction Disorder. *PLoS One.* 6(6): p. e20708.
70. **Critchley, HD, Wiens S, Rotshtein P, Ohman A, and Dolan RJ.** (2004) Neural systems supporting interoceptive awareness. *Nat Neurosci.* 7(2): p. 189-95.
71. **Naqvi, NH and Bechara A.** (2009) The Hidden Island of Addiction: The Insula. *Trends Neurosci.* 32(1): p. 56-67.
72. **Naqvi, NH, Rudrauf D, Damasio H, and Bechara A.** (2007) Damage to the Insula Disrupts Addiction to Cigarette Smoking. *Science.* 315(5811): p. 531-4.
73. **Yuan, K, Cheng P, Dong T, Bi Y, Xing L, Yu D, et al.** (2013) Cortical Thickness Abnormalities in Late Adolescence With Online Gaming Addiction. *PLoS One.* 8(1): p. e53055.
74. **Turel, O, He Q, Wei L, and Bechara A.** (2020) The Role of the Insula in Internet Gaming Disorder. *Addict Biol:* p. e12894.
75. **Schoenbaum, G, Roesch MR, and Stalnaker TA.** (2006) Orbitofrontal Cortex, Decision-Making and Drug Addiction. *Trends Neurosci.* 29(2): p. 116-24.
76. **Flisher, C.** (2010) Getting Plugged In: An Overview of Internet Addiction. *J Paediatr Child Health.* 46(10): p. 557-9.
77. **Christakis, DA.** (2010) Internet addiction: a 21st century epidemic? *BMC Med.* 8(1): p. 61.

78. **Dong, G, Zhou H, and Zhao X.** (2010) Impulse Inhibition in People With Internet Addiction Disorder: Electrophysiological Evidence From a Go/NoGo Study. *Neurosci Lett.* 485(2): p. 138-42.
79. **Paus, T.** (2001) Primate Anterior Cingulate Cortex: Where Motor Control, Drive and Cognition Interface. *Nat Rev Neurosci.* 2(6): p. 417-24.
80. **Bush, G, Vogt BA, Holmes J, Dale AM, Greve D, Jenike MA, et al.** (2002) Dorsal anterior cingulate cortex: A role in reward-based decision making. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 99(1): p. 523-8.
81. **Goldstein, RZ, Tomasi D, Rajaram S, Cottone LA, Zhang L, Maloney T, et al.** (2007) Role of the Anterior Cingulate and Medial Orbitofrontal Cortex in Processing Drug Cues in Cocaine Addiction. *Neuroscience.* 144(4): p. 1153-9.
82. **Ko, CH, Liu GC, Hsiao S, Yen JY, Yang MJ, Lin WC, et al.** (2009) Brain Activities Associated With Gaming Urge of Online Gaming Addiction. *J Psychiatr Res.* 43(7): p. 739-47.
83. **Huang, AS, Mitchell JA, Haber SN, Alia-Klein N, and Goldstein RZ.** (2018) The Thalamus in Drug Addiction: From Rodents to Humans. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 373(1742): p. 1-13.
84. **McAlonan, K, Brown VJ, and Bowman EM.** (2000) Thalamic Reticular Nucleus Activation Reflects Attentional Gating during Classical Conditioning. *J Neurosci.* 20(23): p. 8897-901.
85. **Dong, G, DeVito E, Huang J, and Du X.** (2012) Diffusion Tensor Imaging Reveals Thalamus and Posterior Cingulate Cortex Abnormalities in Internet Gaming Addicts. *J Psychiatr Res.* 46(9): p. 1212-6.
86. **Dong, G, Huang J, and Du X.** (2012) Alterations in regional homogeneity of resting-state brain activity in internet gaming addicts. *Behav Brain Funct.* 8(1): p. 41.
87. **Fauth-Bühler, M and Mann K.** (2017) Neurobiological Correlates of Internet Gaming Disorder: Similarities to Pathological Gambling. *Addict Behav.* 64: p. 349-56.
88. **Dong, G and Potenza MN.** (2014) A Cognitive-Behavioral Model of Internet Gaming Disorder: Theoretical Underpinnings and Clinical Implications. *J Psychiatr Res.* 58: p. 7-11.
89. **Potenza, MN.** (2013) Biological Contributions to Addictions in Adolescents and Adults: Prevention, Treatment, and Policy Implications. *J Adolesc Health.* 52(2 Suppl 2): p. S22-32.
90. **Dong, G, Hu Y, Lin X, and Lu Q.** (2013) What Makes Internet Addicts Continue Playing Online Even When Faced by Severe Negative Consequences? Possible Explanations From an fMRI Study. *Biol Psychol.* 94(2): p. 282-89.
91. **King, DL and Delfabbro PH.** (2016) The Cognitive Psychopathology of Internet Gaming Disorder in Adolescence. *J Abnorm Child Psychol.* 44(8): p. 1635-45.
92. **Griffiths, MD, Pontes HM, and Kuss DJ.** (2016) Online Addictions: Conceptualizations, Debates, and Controversies. *Addicta Turkish J Addict.* 3(2): p. 1-14.
93. **Brand, M, Young KS, Laier C, Wöfling K, and Potenza MN.** (2016) Integrating Psychological and Neurobiological Considerations Regarding the Development and Maintenance of Specific Internet-use Disorders: An Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) Model. *Neurosci Biobehav Rev.* 71: p. 252-66.
94. **Brand, M, Wegmann E, Stark R, Muller A, Wolfing K, Robbins TW, et al.** (2019) The Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model for addictive behaviors: Update, generalization to addictive behaviors beyond internet-use disorders, and specification of the process character of addictive behaviors. *Neurosci Biobehav Rev.* 104: p. 1-10.
95. **Kuss, D.J.** (2013) Internet Gaming Addiction: Current Perspectives. *Psychol Res Behav Manag.* 6: p. 125-37.

96. **Wan, C and Chiou W.** (2006) Psychological Motives and Online Games Addiction: A Test of Flow Theory and Humanistic Needs Theory for Taiwanese Adolescents. *Cyberpsychol Behav.* 9(3): p. 317-24.
97. **Wan, C and Chiou W.** (2006) Why Are Adolescents Addicted to Online Gaming? An Interview Study in Taiwan. *Cyberpsychol Behav.* 9(6): p. 762-6.
98. **Lemmens, JS, Valkenburg PM, and Peter J.** (2009) Development and Validation of a Game Addiction Scale for Adolescents. *J Media Psychol.* 12(1): p. 77-95.
99. **Zhou, Y and Li Z.** (2009) Online Game Addiction among Chinese College Students Measurement and Attribution, IOS Press
100. **Rehbein, F, Psych G, Kleimann M, Mediasci G, and Mößle T.** (2010) Prevalence and Risk Factors of Video Game Dependency in Adolescence: Results of a German Nationwide Survey. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 13(3): p. 269-77.
101. **Kim, MG and Kim J.** (2010) Cross-validation of reliability, convergent and discriminant validity for the problematic online game use scale. *Comput Hum Behav.* 26(3): p. 389-98.
102. **Demetrovics, Z, Urbán R, Nagygyörgy K, Farkas J, Griffiths MD, Pápay O, et al.** (2012) The Development of the Problematic Online Gaming Questionnaire (POGQ). *PLoS One.* 7(5): p. e36417.
103. **van Rooij, AJ, Schoenmakers TM, Van den Eijnden RJJM, Vermulst AA, and van de Mheen D.** (2012) Video Game Addiction Test: Validity and Psychometric Characteristics. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 15(9): p. 507-11.
104. **Pápay, O, Urbán R, Griffiths MD, Nagygyörgy K, Farkas J, Kökönyei G, et al.** (2013) Psychometric Properties of the Problematic Online Gaming Questionnaire Short-Form and Prevalence of Problematic Online Gaming in a National Sample of Adolescents. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 16(5): p. 340-8.
105. **Vadlin, S, Åslund C, and Nilsson KW.** (2015) Development and Content Validity of a Screening Instrument for Gaming Addiction in Adolescents: The Gaming Addiction Identification Test (GAIT). *Scand J Psychol.* 56(4): p. 458-66.
106. **Lemmens, JS, Valkenburg PM, and Gentile DA.** (2015) The Internet Gaming Disorder Scale. *Psychol Assess.* 27(2): p. 567.
107. **Pontes, HM and Griffiths MD.** (2015) Measuring DSM-5 internet gaming disorder: Development and validation of a short psychometric scale. *Comput Hum Behav.* 45: p. 137-43.
108. **Pearcy, BT, Roberts LD, and McEvoy PM.** (2016) Psychometric Testing of the Personal Internet Gaming Disorder Evaluation-9: A New Measure Designed to Assess Internet Gaming Disorder. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 19(5): p. 335-41.
109. **Van Rooij, AJ, Schoenmakers TM, and Van de Mheen D.** (2017) Clinical Validation of the C-VAT 2.0 Assessment Tool for Gaming Disorder: A Sensitivity Analysis of the Proposed DSM-5 Criteria and the Clinical Characteristics of Young Patients With 'Video Game Addiction'. *Addict Behav.* 64: p. 269-74.
110. **Pontes, HM and Griffiths MD.** (2017) The Development and Psychometric Evaluation of the Internet Disorder Scale (IDS-15). *Addict Behav.* 64: p. 261-68.
111. **Király, O, Slezcka P, Pontes HM, Urbán R, Griffiths MD, and Demetrovics Z.** (2017) Validation of the Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10) and Evaluation of the Nine DSM-5 Internet Gaming Disorder Criteria. *Addict Behav.* 64: p. 253-60.
112. **Finserås, TR, Pallesen S, Mentzoni RA, Krossbakken E, King DL, and Molde H.** (2019) Evaluating an Internet Gaming Disorder Scale Using Mokken Scaling Analysis. *Front Psychol.* 10: p. 911.
113. **Wartberg, L, Zieglmeier M, and Kammerl R.** (2019) Accordance of Adolescent and Parental Ratings of Internet Gaming Disorder and Their Associations With Psychosocial Aspects. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 22(4): p. 264-70.

114. **Pontes, HM, Schivinski B, Sindermann C, Li M, Becker B, Zhou M, et al.** (2019) Measurement and Conceptualization of Gaming Disorder According to the World Health Organization Framework: the Development of the Gaming Disorder Test. *Int J Ment Health Ad*: p. 1-21.
115. **Paschke, K, Austermann MI, and Thomasius R.** (2020) Assessing ICD-11 Gaming Disorder in Adolescent Gamers: Development and Validation of the Gaming Disorder Scale for Adolescents (GADIS-A). *J Clin Med*. 9(4): p. 993.
116. **Paik, S, Cho H, Choi J, Choi S, and Kim D.** (2016) Comprehensive Evaluation of Internet Gaming Disorder: Clinical and Neurobiological Assessments. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*. 55(4): p. 334-42.
117. **Zajac, K, Ginley MK, and Chang R.** (2020) Treatments of Internet Gaming Disorder: A Systematic Review of the Evidence. *Expert Rev Neurother*. 20(1): p. 85-93.
118. **Sakuma, H, Mihara S, Nakayama H, Miura K, Kitayuguchi T, Maezono M, et al.** (2017) Treatment With the Self-Discovery Camp (SDiC) Improves Internet Gaming Disorder. *Addict Behav*. 64: p. 357-62.
119. **King, DL, Delfabbro PH, Wu AMS, Doh YY, Kuss DJ, Pallesen S, et al.** (2017) Treatment of Internet Gaming Disorder: An International Systematic Review and CONSORT Evaluation. *Clin Psychol Rev*. 54: p. 123-33.
120. **Stevens, MWR, King DL, Dorstyn D, and Delfabbro PH.** (2019) Cognitive-behavioral Therapy for Internet Gaming Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Psychol Psychother*. 26(2): p. 191-203.
121. **Zajac, K, Ginley MK, Chang R, and Petry NM.** (2017) Treatments for Internet Gaming Disorder and Internet Addiction: A Systematic Review. *Psychol Addict Behav*. 31(8): p. 979-94.
122. **Nam, B, Bae S, Kim SM, Hong JS, and Han DH.** (2017) Comparing the Effects of Bupropion and Escitalopram on Excessive Internet Game Play in Patients with Major Depressive Disorder. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 15(4): p. 361-8.
123. **Park, JH, Lee YS, Sohn JH, and Han DH.** (2016) Effectiveness of Atomoxetine and Methylphenidate for Problematic Online Gaming in Adolescents With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Hum Psychopharmacol*. 31(6): p. 427-32.
124. **Stockdale, L and Coyne SM.** (2018) Video Game Addiction in Emerging Adulthood: Cross-sectional Evidence of Pathology in Video Game Addicts as Compared to Matched Healthy Controls. *J Affect Disord*. 225: p. 265-72.
125. **DeVellis, RF.** (2014) Ölçek Geliştirme: Kuram ve Uygulamalar. 3th ed, Nobel Akademi
126. **Tavşancıl, E.** (2019) Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. 6th ed. Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık
127. **Ercan, İ and Kan İ.** (2004) Ölçeklerde Güvenilirlik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 30(3): p. 211-6.
128. **Seçer, İ.** (2018) Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarlama Süreci; Spss ve LISREL Uygulamaları. 2nd ed, Anı Yayıncılık
129. **Baykul, Y.** (2015) Eğitimde ve Psikolojide Ölçme: Klasik Test Teorisi ve Uygulaması. 3th ed. Ankara, Pegem Akademi
130. **Şencan, H.** (2005) Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik. 1st ed. Ankara, Seçkin Yayınevi
131. **Boateng, GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quiñonez HR, and Young SL.** (2018) Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer. *Public Health Front*. 6: p. 149.
132. **Tay, L and Jebb A.** (2017) Scale Development. in S Rogelberg: The SAGE Encyclopedia of Industrial and Organizational Psychology, Thousand Oaks
133. **Alpar, R.** (2020) Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenilirlik. 6th ed. Ankara

134. **Erefe, İ.** (2002) Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. 3th ed. İstanbul, Odak Ofset
135. **Tezbaşaran, AA.** (2008) Likert Tipi Ölçek Hazırlama Kılavuzu. 3th ed. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları
136. **Yurdugül, H.** *Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği İçin Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması*, in *XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi*. 2005. p. 771-4.
137. **Ayre, C and Scally AJ.** (2014) Critical Values for Lawshe's Content Validity Ratio: Revisiting the Original Methods of Calculation. *Meas Eval Couns Dev.* 47(1): p. 79-86.
138. **Karakoç, Fatma Yeşim and Dönmez Levent.** (2014) Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. *TED.* 13(40): p. 39-49.
139. **Çapık, C.** (2015) Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmalarında Doğrulamalı Faktör Analizinin Kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 17(3): p. 196-205.
140. **Tabachnick, BG and Fidell LS.** (2015) Çok Değişkenli İstatistiklerin Kullanımı (Baloğlu, M, Çev.). 6th ed. Ankara, Nobel Yayıncılık
141. **Yurdabakan, İ and Çüm S.** (2017) Scale Development In Behavioral Sciences (Based on Exploratory Factor Analysis). *Turkish J Family Med Prim Care.* 11(2): p. 108-26.
142. **Carpenter, S.** (2018) Ten Steps In Scale Development and Reporting: A Guide for Researchers. *Commun Methods Meas.* 12(1): p. 25-44.
143. **Brahma, SS.** (2009) Assessment of Construct Validity in Management Research: A Structured Guideline. *J Manag Stud.* 9(2): p. 59-71.
144. **Çokluk, Ö, Şekercioglu G, and Büyüköztürk Ş.** (2016) Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve LISREL Uygulamaları. 4th ed. Ankara, Pegem Akademi
145. **Cabrera-Nguyen, P.** (2010) Author Guidelines for Reporting Scale Development and Validation Results in the Journal of the Society for Social Work and Research. *J Soc Social Work Res.* 1(2): p. 99-103.
146. **Erkorkmaz, Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, and Sanisoğlu SY.** (2013) Doğrulamalı Faktör Analizi ve Uyum İndeksleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci.* 33(1): p. 210-23.
147. **Aytaç, M and Öngen B.** (2012) Doğrulamalı faktör analizi ile yeni çevresel paradigma ölçeğinin yapı geçerliliğinin incelenmesi. *İstatistikçiler Dergisi.* 5(1): p. 14-22.
148. **Evcı, N and Aylar F.** (2017) Derleme: Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Doğrulamalı Faktör Analizinin Kullanımı. *Sosyal Bilimler Dergisi.* 4(10): p. 389-412.

## EKLER

### EK A – Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 19/06/2020-7120



T.C.  
BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 54022451-050.05.04-  
Konu : Etik Kurul Kararı

Sayın Doç.Dr. Ali Güven KILIÇOĞLU

11.06.2020 tarihinde yapılan Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu toplantısında "Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği - Ebeveyn Formu" nun Geliştirilmesi" başlıklı başvurunuz değerlendirilmiş olup karar yazısı ektedir.

Bilgilerinize.

**e-imzalıdır**  
Prof.Dr. İsmail MERAL  
Başkan

19/06/2020 Sek.

Bilgihan BAŞTUĞ

Adres:Bezmialem Vakıf Üniversitesi Adnan Menderes Bulvarı (Vatan Caddesi) Fatih / İstanbul  
Telefon:0 (212) 523 22 88 Faks0 (212) 533 23 26  
e-Posta:info@bezmialem.edu.tr Elektronik Ağ:www.bezmialem.edu.tr

Bilgi için: Bilgihan BAŞTUĞ  
Unvanı: Sekreter

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU (2011-KAEK-42)  
KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği - Ebeveyn Formu' nun Geliştirilmesi
-----------------------	--

11.06.2020

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Adnan Menderes Bulvarı Vatan Caddesi 34093 Fatih/İstanbul
	TELEFON	(0212) 523 22 88 - 3238
	FAKS	(0212) 533 23 26
	E-POSTA	bbastug@bezmialem.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Ali Güven KILIÇOĞLU			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	-	-	-
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	-	-	-	Gerekli Değil <input type="checkbox"/> Var <input checked="" type="checkbox"/>
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 08/160	Tarih: 11.06.2020		
	Yürütücülüğünü Doç. Dr. Ali Güven KILIÇOĞLU' nun yaptığı "Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği - Ebeveyn Formu' nun Geliştirilmesi" isimli çalışma Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur.			

Sayfa 1 / 2

Etik Kurul Başkanı  
Prof. Dr. İsmail MERAL

**BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU (2011-KAEK-42)  
KARAR FORMU**

ARASTIRMANIN AÇIK ADI	Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği - Ebeveyn Formu' nun Geliştirilmesi
-----------------------	--

<b>BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b>	
<b>ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI</b>	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
<b>BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:</b>	Prof. Dr. İsmail MERAL

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İsmail MERAL	Fizyoloji	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ömer SOYSAL	Göğüs Cerrahisi	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Nuran YILDIRIM	Tıp Tarihi ve Etik	Bezmialem Vakıf Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Türkinaz AŞTI	Hemşirelik Bölümü	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Semra ÖZÇELİK	Tıp Eğitimi ve Bilişimi	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Teoman AYDIN	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Fahri AKBAŞ	Tıbbi Biyoloji	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Binnur AYDOĞAN TEMEL	Eczacılık	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Aclan ÖZDER	Aile Hekimliği	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Nazmiye DÖNMEZ	Restoratif Diş Tedavisi	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Pelin YILDIZ	Tıbbi Patoloji	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Mustafa Fırat ALKAYA	Hukuk	Bezmialem Vakıf Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Eda BAYRAKTAR	Sivil Üye	Bezmialem Vakıf Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\* :Toplantıda Bulunma

**Karar:**  Onaylandı  Reddedildi

Sayfa 1 / 1

Etik Kurul Başkanı  
Prof. Dr. İsmail MERAL

## EK B – Sosyodemografik Veri Formu

### Sosyodemografik Veri Formu

AÇIKLAMA: Aşağıda aileniz ve çocuğunuzla ilgili birkaç genel bilgi alınacaktır. Soruları dikkatlice okuyunuz. Şimdiden teşekkürler.

1. Bilgilendirilmiş onam formunu okudum ve bu çalışmaya katılmayı...

- kabul ediyorum.  
 kabul etmiyorum.

2. Anketi dolduran kişi olarak, çocuğumun...

- annesiyim  
 babasıyım

3. Hangi ilde yaşıyorsunuz: \_\_\_\_\_

<b>Annenin</b>	<b>Babanın</b>
<b>4. Yaşı:</b>	<b>8. Yaşı:</b>
<b>5. Eğitim durumu</b> 1) Okur-yazar değil 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5) Üniversite 6) Yüksek lisans/doktora	<b>9. Eğitim durumu</b> 1) Okur-yazar değil 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5) Üniversite 6) Yüksek lisans/doktora
<b>6. Annenin mesleği</b> 1) İşçi 2) Memur 3) Özel sektör 4) Serbest meslek 5) Akademisyen 6) Ev Hanımı / Çalışmıyor 7) Diğer: _____	<b>10. Babanın mesleği</b> 1) İşçi 2) Memur 3) Özel sektör 4) Serbest meslek 5) Akademisyen 6) Çalışmıyor 7) Diğer: _____
<b>7. Annede şimdi veya geçmişte tanı konulmuş psikiyatrik bir hastalık var mı?</b> <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	<b>11. Babada şimdi veya geçmişte tanı konulmuş psikiyatrik bir hastalık var mı?</b> <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet

12. Aile durumunuzu yansıtan seçeneği işaretleyiniz. Anne ve baba...

- birlikte yaşıyor  
 boşanmış ve çocuk anne ile kalıyor  
 boşanmış ve çocuk baba ile kalıyor  
 boşanmış ve çocuk başka bir akrabası ile kalıyor  
 diğer: \_\_\_\_\_

13. Ailenizin aylık geliri (ortalama) ne kadardır?

- 0 - 2250 lira  
 2250 - 4500 lira

- 4500 - 7000 lira
- 7000 lira ve üzeri

**14. Toplam kaç çocuğunuz var?**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 veya daha fazla

**15. Evde anne baba ve çocuk(lar) dışında yaşayan var mı?**

- Hayır
- Evet

**Birden fazla çocuğu olanlar için:** Anketin bundan sonraki kısmında çocuklarınızdan birini seçiniz ve aşağıdaki soruları seçtiğiniz çocuğunuzu düşünerek işaretleyiniz.

Çocuğunuzun;

**16. Yaşı:** \_\_\_\_\_

**17. Cinsiyeti:**

- Kız
- Erkek

**18. Kaçınıcı sınıfa gidiyor:** \_\_\_\_\_

**19. Çocuğunuz için hiç çocuk psikiyatrisi doktoruna veya psikoloğa başvurunuz oldu mu? (Cevabınız hayır ise bir sonraki soruyu atlayınız)**

- Hayır
- Evet

**20. (Yukarıdaki soruya cevabınız evetse) götürme sebebiniz neydi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- Dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik
- Öğrenme - okul başarısı ile ilgili güçlükler
- Depresyon, mutsuzluk
- Sinirlilik, öfke kontrol sorunları ve davranış sorunları
- Endişeler, korkular, panik atak, sınav kaygısı, okul fobisi, utangaçlık
- Takıntılar (obsesif kompulsif bozukluk)
- Diğer (lütfen belirtiniz: \_\_\_\_\_)

**21. Çocuğunuzun 2019-2020 eğitim öğretim yılı 1. dönem not ortalaması kaçtı?**

- 0-49
- 50-59
- 60-69
- 70-84
- 85-100

22. Çocuğunuz interneti ilk kez kullanmaya başladığında kaç yaşındaydı?

\_\_\_\_\_ yaşında

23. Çocuğunuz akşam saat kaçta uyumak için yatağa gider?

- 8:00 - 9:00 arası
- 9:00 - 10:00 arası
- 10:00 - 11:00 arası
- 11:00 - 12:00 arası
- 12:00 - 1:00 arası
- 1:00 - 2:00 arası
- 2:00 veya daha geç

24. Çocuğunuz dijital aletlerle (telefon, tablet, bilgisayar veya oyun konsolu) BİR GÜNDE toplam kaç saat OYUN OYNAR?

- Hiç
- 30 dk'dan az
- 1 - 2 saat arası
- 2 - 3 saat arası
- 3 - 4 saat arası
- 4 - 6 saat arası
- 6 - 8 saat arası
- 8 - 12 saat arası
- 12 - 16 saat arası

## EK C – 19 maddelik taslak ölçek

### Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği – Ebeveyn Formu

**AÇIKLAMA:** Bu ölçekte yer alan ifadeler çocuğunuzun son bir yıl (son 12 ay) içindeki oyun oynama etkinliğini belirlemek için oluşturulmuştur. “Oyun oynama etkinliği” masaüstü/dizüstü bilgisayar, tablet, akıllı telefon, oyun konsolu veya başka bir tür cihazda oynanan herhangi bir oyunla ilgili etkinlik demektir.

No	İfadeler	Tamamen yanlış	Kısmen yanlış	Ne doğru ne yanlış	Kısmen doğru	Tamamen doğru
1	Çocuğum oyun oynamaya harcadığı zamanı azaltmaya çalışmasına rağmen bunu başarmakta zorlanır.	( )	( )	( )	( )	( )
2	Çocuğum uyarılarımıza rağmen oyun oynamak için her türlü fırsatı kollar.	( )	( )	( )	( )	( )
3	Çocuğum oyun oynamayla ilgili ona koyduğumuz zaman sınırına uymakta zorlanır.	( )	( )	( )	( )	( )
4	Çocuğum oyun oynarken dış dünyadan kopmuş gibi görünür.	( )	( )	( )	( )	( )
5	Çocuğum oyun oynamaya başladıktan sonra oyunun başından kalkmakta zorlanır.	( )	( )	( )	( )	( )
6	Çocuğumun uyandıktan sonra yaptığı ilk iş oyun oynamaktır.	( )	( )	( )	( )	( )
7	Çocuğum oyun oynadığı için önceki hobilerine olan ilgisini gün geçtikçe kaybetmektedir.	( )	( )	( )	( )	( )
8	Çocuğum, oyun oynama dışındaki aktivitelere (arkadaşlarla buluşma, spor yapma, kitap okuma gibi) ayırdığı zamanı gün geçtikçe azaltmaktadır.	( )	( )	( )	( )	( )
9	Çocuğum oyun oynadığı için bizimle eskisi kadar zaman geçirmez.	( )	( )	( )	( )	( )
10	Oyun oynamak, çocuğumun günlük yaşamında en çok zaman harcadığı aktivite haline gelmiştir.	( )	( )	( )	( )	( )
11	Çocuğum hobileriyle ilgilenmek yerine oyun oynamayı tercih eder.	( )	( )	( )	( )	( )
12	Çocuğumun oyun oynaması ders başarısını olumsuz etkilemektedir.	( )	( )	( )	( )	( )
13	Çocuğum oyun yüzünden kendi sağlığını ihmal eder (yeterince uyumamak, sağlıklı beslenmemek, tuvaletini tutmak gibi).	( )	( )	( )	( )	( )
14	Çocuğumun oyun oynaması onunla veya aile arasında tartışma yaşanmasına neden olur.	( )	( )	( )	( )	( )
15	Çocuğum oyun yüzünden öz bakımını ihmal eder (daha az duş almak, dişlerini fırçalamamak gibi).	( )	( )	( )	( )	( )
16	Çocuğumun oyun oynaması, onun temel sorumluluklarını yerine getirmesini (ödev yapmak, odasını toplamak gibi) engeller.	( )	( )	( )	( )	( )
17	Çocuğumun oyun oynaması hayatının önemli alanlarını (eğitim, aile ve sosyal yaşam) olumsuz etkiler.	( )	( )	( )	( )	( )
18	Çocuğumun oyun oynaması sağlık sorunlarına (kas ağrıları, kilo alma/verme, göz problemleri gibi) yol açar.	( )	( )	( )	( )	( )
19	Çocuğum, okul performansı kötü etkilenmesine rağmen (okula geç kalmak, derse katılmamak, ev ödevlerini ihmal etmek, sınavlardan düşük not almak gibi) oyun oynamaya devam eder.	( )	( )	( )	( )	( )

## EK D – Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği – Ebeveyn Formu (OOBÖ – EF)

### Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği – Ebeveyn Formu

**AÇIKLAMA:** Bu ölçekte yer alan ifadeler çocuğunuzun son bir yıl (son 12 ay) içindeki oyun oynama etkinliğini belirlemek için oluşturulmuştur. “Oyun oynama etkinliği” masaüstü/dizüstü bilgisayar, tablet, akıllı telefon, oyun konsolu veya başka bir tür cihazda oynanan herhangi bir oyunla ilgili etkinlik demektir.

No	İfadeler	Tamamen yanlış	Kismen yanlış	Ne doğru ne yanlış	Kismen doğru	Tamamen doğru
1	Çocuğum uyarılarımıza rağmen oyun oynamak için her türlü fırsatı kollar.	( )	( )	( )	( )	( )
2	Çocuğum oyun oynamayla ilgili ona koyduğumuz zaman sınırına uymakta zorlanır.	( )	( )	( )	( )	( )
3	Çocuğum oyun oynarken dış dünyadan kopmuş gibi görünür.	( )	( )	( )	( )	( )
4	Çocuğum oyun oynamaya başladıktan sonra oyunun başından kalkmakta zorlanır.	( )	( )	( )	( )	( )
5	Çocuğum oyun oynadığı için önceki hobilerine olan ilgisini gün geçtikçe kaybetmektedir.	( )	( )	( )	( )	( )
6	Çocuğum, oyun oynama dışındaki aktivitelere (arkadaşlarla buluşma, spor yapma, kitap okuma gibi) ayırdığı zamanı gün geçtikçe azaltmaktadır.	( )	( )	( )	( )	( )
7	Çocuğum oyun oynadığı için bizimle eskisi kadar zaman geçirmez.	( )	( )	( )	( )	( )
8	Oyun oynamak, çocuğumun günlük yaşamında en çok zaman harcadığı aktivite haline gelmiştir.	( )	( )	( )	( )	( )
9	Çocuğum hobileriyle ilgilenmek yerine oyun oynamayı tercih eder.	( )	( )	( )	( )	( )
10	Çocuğum oyun yüzünden kendi sağlığını ihmal eder (yeterince uyumamak, sağlıklı beslenmemek, tuvaletini tutmak gibi).	( )	( )	( )	( )	( )
11	Çocuğum oyun yüzünden öz bakımını ihmal eder (daha az duş almak, dişlerini fırçalamamak gibi).	( )	( )	( )	( )	( )
12	Çocuğumun oyun oynaması, onun temel sorumluluklarını yerine getirmesini (ödev yapmak, odasını toplamak gibi) engeller.	( )	( )	( )	( )	( )
13	Çocuğumun oyun oynaması hayatının önemli alanlarını (eğitim, aile ve sosyal yaşam) olumsuz etkiler.	( )	( )	( )	( )	( )
14	Çocuğumun oyun oynaması sağlık sorunlarına (kas ağrıları, kilo alma/verme, göz problemleri gibi) yol açar.	( )	( )	( )	( )	( )
15	Çocuğum, okul performansı kötü etkilenmesine rağmen (okula geç kalmak, derse katılmamak, ev ödevlerini ihmal etmek, sınavlardan düşük not almak gibi) oyun oynamaya devam eder.	( )	( )	( )	( )	( )

## EK E – Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

 <b>BEZMÎÂLEM</b> VAKIF ÜNİVERSİTESİ İHS	<b>BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU</b>			
	Doküman Kodu: ÜNV-GOAEK-FRM-002	Yayın Tarihi: 17.09.2019	Revizyon No: 00	Revizyon Tarihi: .../.../...

### **CALISMANIN ADI:**

#### **“Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği - Ebeveyn Formu’nun Geliştirilmesi”**

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı vererseniz, lütfen anketimizde bulunan “çalışmaya katılmayı onaylıyorum” şıkkını seçiniz. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığımız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

### **CALISMANIN KONUSU VE AMACI**

- Söz konusu çalışma, “Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği - Ebeveyn Formu’nun Geliştirilmesi” adlı bir uzmanlık tezidir. Çalışmada oyun oynama bozukluğunun klinik ortamda tamsını koymak ve bilimsel araştırmalara yardımcı olmak amacıyla ölçek geliştirilmesi amaçlanmaktadır.
- Araştırmaya 6-18 yaş arası çocuğu olan 500 ebeveynin katılması amaçlanmaktadır.

### **CALISMA İŞLEMLERİ**

Araştırmaya yönelik klinik ve demografik bilgileriniz kaydedilecek, test ve ölçekler uygulanacak, elde edilen veriler uygun koşullarda kimliğiniz gizli kalmak üzere saklanacaktır. Ayrıca siz ve çocuğunuzla çeşitli psikiyatrik hastalıkların tarandığı klinik görüşme yapılacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda yapılacak test, ölçek ve klinik görüşmelerin getirebileceği herhangi bir riski bulunmamaktadır.

### **CALISMADA YER ALMAMIN YARARLARI NELERDİR?**

Oyun oynama bozukluğu, klinik pratikte tanısı atlanan ve olumsuz etkilerinin hafife alındığı ciddi bir problemidir. Risk altındaki gençlerin ruh sağlığı uzmanları tarafından zamanında fark edilmesi ve erken dönemde önlemler alınması bağımlılık gelişimini önlemek veya bağımlı olmuş gençlerin prognozunu iyileştirmek açısından hayati bir rol oynamaktadır. Bu açıdan değerlendirildiğinde oyun oynama bozukluğu için geliştirilen ölçme araçları poliklinik ortamında veya klinik araştırmalarda kullanılmak üzere önemli bir boşluğu dolduracaktır.

Ülkemizde oyun oynama bozukluğunu ölçen kasıtlı sayıda ölçek bulunmaktadır. Ebeveynin oyun oynama bozukluğu açısından çocuğunu değerlendirmesine imkân sağlayan ölçek ise bildiğimiz kadarıyla yoktur. Bu çalışma ile Türk kültürüne uygun, geçerli ve güvenilir iki adet ölçek geliştirilmesi planlanmakta, Türkiye’de bu alanla ilgili yapılacak klinik ve akademik çalışmalar için önemli bir kazanım sağlayacağı düşünülmektedir.

### **BU CALISMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?**

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

 <b>BEZMİALEM</b> VAKIF ÜNİVERSİTESİ 1845	<b>BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU</b>			
	Doküman Kodu: ÜNV-GOAEK-FRM-002	Yayın Tarihi: 17.09.2019	Revizyon No: 00	Revizyon Tarihi: .../.../...
<b>Sayfa 1 / 2</b>				

### **CALISMAYA KATILMALI MIYIM?**

*Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu okuyup çalışmaya onay verseniz bile istediğimizi herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemezseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, Doç. Dr. Ali Güven Kılıçoğlu tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten Doç. Dr. Ali Güven Kılıçoğlu çalışmaya devam etmeniz sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.*

### **KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

*Çalışma Doç. Dr. Ali Güven Kılıçoğlu kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarımızla ilgili bilgi istemeye hakkımız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.*

### **SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:**

ADI : Ali Güven Kılıçoğlu

GÖREVİ : Doçent doktor

TELEFON :

### **CALISMAYA KATILMA ONAYI**

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<b>Gönüllü Adı Soyadı</b>		<b>Tarih ve İmza</b>	
<b>Telefon</b>			
<b>Vasi (var ise) Adı Soyadı</b>		<b>Tarih ve İmza</b>	
<b>Telefon</b>			
<b>Görüşme Tanığı Adı Soyadı<sup>1</sup></b>		<b>Tarih ve İmza</b>	
<b>Telefon</b>			
<b>Araştırmacı Adı Soyadı<sup>2</sup></b>	Dr. Erdem ERTAŞ	<b>Tarih ve İmza</b>	
<b>Telefon</b>			

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllülüğü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

## ÖZGEÇMİŞ

### 1. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı	Erdem Ertaş
Doğum Tarihi ve Yeri	30.04.1989 – Havza/SAMSUN
Görev Yeri	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD
Yazışma Adresi	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Adnan Menderes Bulvarı (Vatan Cad.) P.K. 34093 Fatih / İstanbul
Telefon	
E-Posta	erdemertas@gmail.com

### 2. EĞİTİM

Yılı	Derecesi	Üniversite	Öğrenim Alanı
2008-2015	Lisans	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıp
2016-Halen	Tıpta Uzmanlık	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

### 3. AKADEMİK DENEYİM

Görev Dönemi	Unvan	Bölüm	Üniversite
2016-Halen	Tıpta Uzmanlık Öğrencisi	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Bezmialem Vakıf Üniversitesi

### 4. ÇALIŞMA ALANLARI

Çalışma Alanı	Anahtar Sözcükler
Uyum Bozukluğu	Uyum, travma, depresyon

Oyun Oynama Bozukluğu	OOB, İOOB
Bilişsel Davranışçı Terapi	BDT

## 5. SON BEŞ YILDAKİ ÖNEMLİ YAYINLAR

1.	Görmez, V., Örengül, A. C., Meral, Y., Kaynar, T. B., & Ertaş, E. (2017). Doğum Öncesi ve Sonrası Faktörlerin Okul Çağı Klinik Örnekleimde Psikopatoloji ile İlişkisi. <i>Journal of Mood Disorders</i> , 7(2).
2.	Orengul, A. C., Ertaş, E., Kahraman, F. U., Yazan, H., Çakır, E., & Nursoy, M. A. (2019). Psychiatric comorbidity in children with psychogenic and functional breathing disorders. <i>Pediatric pulmonology</i> .
3.	Çakıroğlu S., Ertaş, E., Alyanak A. (2020). Ruh Sağlığı ve COVID-19 Pandemisi: Dikkate Alınması Gereken Bir Konu; Uyum Bozukluğu ve Psikososyal Müdahaleler. <i>Turkish Journal of Psychiatry (in press)</i>