

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE/SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ

ADÖLESANLARDA SAĞLIK EĞİTİMİNİN DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞINA VE SAĞLIĞI GELİŞTİRME DAVRANIŞINA ETKİSİ

ÖZGE IŞIL ÇETİN

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Serpil ÖZDEMİR

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI DOKTORA
PROGRAMI

DOKTORA TEZİ

OCAK/2026

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ADÖLESANLARDA SAĞLIK EĞİTİMİNİN DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞINA VE SAĞLIĞI GELİŞTİRME DAVRANIŞINA ETKİSİ

Özge Işıl ÇETİN

Tez Danışmanı:
Doç.Dr. Serpil ÖZDEMİR

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Programı

DOKTORA TEZİ

OCAK/ 2026

TEZ KABUL ONAYI

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Özge Işıl ÇETİN

16/01/2026

ÖZET

ÇETİN, Ö. I. (2026). Adölesanlarda Sağlık Eğitiminin Dijital Oyun Bağımlılığına ve Sağlığı Geliştirme Davranışına Etkisi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği AD. Doktora Tezi. Ankara.

Amaç: Dijital oyun bağımlılığı adölesan dönemde sağlığı etkileyen davranışsal bağımlık türlerinden biridir. Adölesanlarda, dijital oyun bağımlılığı ile mücadelede sağlığı geliştirme davranışı kazandırmanın etkili bir girişim olabileceği varsayılmaktadır. Bu çalışmanın amacı; adölesanlara verilen sağlık eğitiminin dijital oyun bağımlılığı ve sağlığı geliştirici davranışlar üzerindeki etkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Solomon dört kollu tasarıma dayalı randomize kontrollü bir araştırma olarak yürütüldü. Örneklemi, 2024-2025 eğitim-öğretim yılı bahar döneminde Etimesgut 15 Temmuz Şehitleri Ortaokulu'nda öğrenim gören 10-15 yaş aralığında, dahil edilme kriterlerini karşılayan, her grupta 40 katılımcı olmak üzere toplam 160 öğrenci oluşturdu. Veriler; Tanıtıcı Bilgi Formu, "Çocuklar için Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği" ve "Adölesan Sağlığı Geliştirme Ölçeği" ile toplandı. Çalışmada müdahale gruplarına dört oturum sağlık eğitimi yapıldı. Çalışma süresince, kontrol grupları standart örgün eğitim aldı. Çalışmada normal dağılan verilerin karşılaştırılmasında ikili gruplar için Bağımsız İki Örnek t Testi, üç ve üzeri gruplar için İki yönlü Varyans Analizi uygulandı. Normal dağılmayan verilerde iki yönlü Robust ANOVA testi, ikili gruplar Mann–Whitney U Testi, üç ve üzeri gruplar Kruskal–Wallis H Testi ile analiz edildi ve çoklu karşılaştırmalar Bonferroni düzeltmeli Dunn post-hoc Testi ile incelendi. Kategorik değişkenler arası ilişkiler Monte Carlo Düzeltmeli Fisher's Exact Testi ve çoklu karşılaştırmalar Bonferroni Düzeltmeli Z Testi ile incelendi. Etki büyüklükleri; kısmi eta kare, Cohen's d ve Cramer's V katsayısı ile hesaplandı.

Bulgular: Çalışmada, Çocuklar için Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği'nin toplam ve alt boyut puanları; Adölesan Sağlığı Geliştirme Ölçeği'nin toplam puanı ve egzersiz alt boyutu dışındaki tüm alt boyut puanları ile uyku kalitesi ve yeterli ve dengeli beslenmeye ilişkin öz değerlendirme puanları incelendiğinde, ön test ile müdahale arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir etkileşim olmadığı saptandı ($p>0,05$). Çalışmada yapılan müdahalenin ana etkisini belirlemek amacıyla müdahale toplam ve

kontrol toplam grupları karşılaştırıldığında, uygulanan müdahalenin Çocuklar için Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği toplam puanı ve tüm alt boyutları üzerinde yüksek düzeyde etkili olduğu belirlendi ($p<0,001$; d=1,294–1,501). Çalışmada, Adölesan Sağlığı Geliştirme Ölçeği'nin toplam puanı ile beslenme, kişilerarası destek, kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi alt boyut puanları üzerinde müdahalenin ana etkisinin küçük-orta ile orta düzey arasında olduğu belirlendi ($p<0,014$; d=0,397-0,638). Müdahalenin katılımcıların yeterli ve dengeli beslenmeye ilişkin öz değerlendirme puanları üzerinde küçük-orta düzeyde etkili olduğu saptandı ($p=0,038$; d=0,327). Müdahalenin etkisi ileri analizlerde sistematik olarak incelendiğinde, Adölesan Sağlığı Geliştirme Ölçeği'nin egzersiz alt boyutu dışında kalan tüm değişkenlerde uygulanan müdahalenin çeşitli düzeylerde etkili olduğu bulundu ($p<0,05$).

Sonuç: Adölesanlara uygulanan sağlık eğitimi programının sağlığı geliştirme davranışlarını genel olarak arttırdığı ve dijital oyun bağımlılığı düzeyini ve riskini azalttığı belirlendi. Okul temelli ve aktif öğretim teknikleriyle uygulanan sağlık eğitiminin, sağlığı geliştirici davranışları kazandırmada etkili olduğu bulundu. Bu kapsamda, sağlık eğitiminin adölesanlarda dijital oyun bağımlılığını ve riskini azaltmada etkili bir müdahale modeli olarak yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Adölesan, Dijital Teknoloji, İnternet Oyun Bozukluğu, Sağlık Eğitimi, Sağlığı Geliştirme.

ABSTRACT

ÇETİN, Ö. I. (2026). The Effect of Health Education on Digital Game Addiction and Health Promotion Behavior in Adolescents. University of Health Sciences, Gülhane Health Sciences Institute, Public Health Nursing Department. Doctorate Thesis. Ankara.

Objective: Digital game addiction is one of the behavioral addiction types that negatively affect health during adolescence. It is assumed that promoting health-enhancing behaviors may be an effective intervention in addressing digital game addiction among adolescents. This study aims to examine the effect of health education provided to adolescents on digital game addiction and health-promoting behaviors.

Materials and Methods: The study was conducted as a randomized controlled trial based on the Solomon four-group design. The sample consisted of a total of 160 students aged 10–15 years who met the inclusion criteria and were enrolled at Etimesgut 15 Temmuz Şehitleri Secondary School during the spring semester of the 2024–2025 academic year, with 40 participant allocated to each group. Data were collected using a sociodemographic information form, the Digital Game Addiction Scale for Children, and the Adolescent Health Promotion Scale. Health education was delivered to the intervention groups in four sessions, while the control groups continued to receive standard formal education throughout the study period. For normally distributed data, the Independent Samples t Test was used for comparisons between two groups, and Two-Way Analysis of Variance was applied for comparisons among three or more groups. For non-normally distributed data, Two-Way Robust ANOVA was used; comparisons between two groups were performed using the Mann–Whitney U Test, and comparisons among three or more groups were conducted using the Kruskal–Wallis H Test, with post hoc analyses carried out using the Dunn Test with Bonferroni correction. Associations between categorical variables were examined using Fisher's Exact Test with Monte Carlo correction, and multiple comparisons were analyzed using the Bonferroni-corrected Z Test. Effect sizes were calculated using partial eta squared, Cohen's d, and Cramer's V.

Results: In the study, no statistically significant interaction between pretest and intervention was found when posttest scores of the total and subscale scores of the Digital Game Addiction Scale for Children; the total score and all subscale scores of the Adolescent Health Promotion Scale except for the exercise subscale; and self-assessment scores related to sleep quality and adequate and balanced nutrition were examined ($p>0.05$). To determine the main effect of the intervention, comparisons between the total intervention and total control groups revealed that the intervention had a large effect on the total score and all subscales of the Digital Game Addiction Scale for Children ($p<0.001$; d=1.294–1.501). The main effect of the intervention on the total score of the Adolescent Health Promotion Scale and on the nutrition, interpersonal support, self-actualization, and stress management subscale scores was found to range from small-to-moderate to moderate in magnitude ($p<0.014$; d=0,397-0,638). In addition, the intervention had a small-to-moderate effect on participants' self-assessment scores related to adequate and balanced nutrition ($p=0.038$; d=0.327). When the effects of the intervention were systematically examined in further analyses, the intervention was found to be effective at varying levels across all examined variables, except for the exercise subscale of the Adolescent Health Promotion Scale ($p<0.05$).

Conclusion: The health education program implemented for adolescents was found to have generally increased health-promoting behaviors and reduced the level and risk of digital game addiction. Health education implemented through school-based and active teaching techniques found to be effective in promoting the adoption of health-promoting behaviors. In this context, it is recommended that health education be widely implemented as an effective intervention model for reducing digital game addiction and its risk among adolescents.

Keywords: Adolescent, Digital Technology, Health Education, Health Promotion, Internet Gaming Disorder.

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca ve tez çalışmasının her sürecinde, bana rehberlik eden, bilgisini, deneyimlerini ve değerli zamanını benimle paylaşan değerli tez danışmanım *Sayın Doç. Dr. Serpil ÖZDEMİR'*e, kıymetli katkıları ile çalışmamı geliştiren tez izlem komitesi üyeleri Sayın *Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR* ve Sayın *Dr. Öğr. Üyesi Dercan GENÇBAŞ*'a içtenlikle teşekkür ederim. Tez sınav jüri üyeleri Sayın *Prof. Dr. Berna EREN FİDANCI* ve *Sayın Doç. Dr. Meltem MERİÇ'e* değerli katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Her daim beni destekleyen, ben olmamda sınırsız emek veren canım aileme, her konuda özverili desteğini esirgemeyen biricik eşime, bu zorlu süreçte yanımda olan bitanecik çocuklarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Özge Işıl ÇETİN
ANKARA
16/01/2026

İÇİNDEKİLER

ÖZET ... iv
ABSTRACT ... vi
TEŞEKKÜR ... viii
İÇİNDEKİLER ... ix
TABLOLAR ... xii
ŞEKİLLER ... xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR ... xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ ... 1
1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI ... 5
1.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ ... 5
2. GENEL BİLGİLER ... 7
2.1. DİJİTAL OYUNLAR ... 7
2.2. BAĞIMLILIK ... 8
2.2.1. Davranışsal Bağımlılık ... 9
2.3. SAĞLIĞI GELİŞTİRME ... 15
2.3.1. Adölesan Sağlığı ve Sağlığı Geliştirme ... 16
2.4. SAĞLIK EĞİTİMİ ... 20
2.5. ADÖLESAN SAĞLIĞININ GELİŞTİRİLMESİ VE DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞININ ÖNLENMESİNDE OKUL SAĞLIĞI HEMŞİRESİNİN ROLÜ ... 21
3. GEREÇ VE YÖNTEM ... 23
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ ... 23
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI ZAMAN VE YER ÖZELLİKLERİ ... 23
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ... 23
3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ ... 24
3.5. ARAŞTIRMANIN RANDOMİZASYONU ... 25
3.6. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE EDİLMEME VE ARAŞTIRMADAN ÇIKARILMA KRİTERLERİ ... 26
3.6.1. Araştırmaya Dahil Edilme ... 26
3.6.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri ... 26
3.6.3. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri ... 26
3.7. ARAŞTIRMANIN KÖRLENMESİ VE YANLILIĞIN ÖNLENMESİ ... 27

3.8. ARAŞTIRMADA KULLANILAN FORMLAR 27
3.8.1. Veri Toplama Formları 27
3.8.2. Sağlık Eğitimi Materyalleri 29
3.9. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI 31
3.9.1. Araştırmanın Ön Uygulaması 31
3.9.2. Araştırmanın Uygulanması 32
3.10. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU 40
3.11. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ 40
3.11.1. Solomon Dört kollu Deneysel Araştırma Tasarımında İzlenen İstatistiksel Analiz Süreci 41
4. BULGULAR 47
4.1. KATILIMCILARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN GRUPLARA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI 47
4.2. ÖN TEST DUYARLILAŞMASININ BELİRLENMESİNE İLİŞKİN BULGULAR 51
4.3. ÇALIŞMADA MÜDAHALENİN ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR 57
4.4. ÖN TEST DUYARLILAŞMASI OLAN DEĞİŞKENLERDE MÜDAHALENİN ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR 65
5. TARTIŞMA 67
5.1. ÇALIŞMADA ÖN TEST MÜDAHALE ETKİLEŞİMİ 68
5.2. MÜDAHALENİN DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞI DÜZEYİNE ETKİSİ 69
5.3. MÜDAHALENİN ADÖLESANLARIN SAĞLIĞI GELİŞTİRME DAVRANIŞ DÜZEYİNE ETKİSİ 71
5.4. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ 74
5.5. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI 74
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 75
6.1. SONUÇLAR 75
6.2. ÖNERİLER 76
6.2.1. Araştırmacılara Öneriler 76
6.2.2. Hemşirelere Öneriler 77
6.2.3. Kurumlara Yönelik Öneriler 77
7. KAYNAKLAR 79
8. EKLER 103
8.1. EK 1: TABAKALI BLOK RANDOMİZASYON TABLOSU 103
8.2. EK 2 FORMLAR 109

8.2.1. VERİ TOPLAMA FORMU 109
8.2.2. KISA FORM 114
8.3. EK 3 TEZ ÖNERİ KABUL KARARI 118
8.4. EK 4 KURUM İZİN ONAYI 119
8.5. EK 5 BİLİMSEL ARAŞTIRMA ETİK KURUL ONAYI 120
8.6. EK 6 ARAŞTIRMA ZAMAN ÇİZELGESİ 121
8.7. EK 7 SAĞLIK EĞİTİMİ 122
8.8. EK 8 BROŞÜR 137
8.9. EK 9 KULLANIM İZNİ 138
8.10. EK 10 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU 139
9. ÖZGEÇMİŞ 141

TABLOLAR

Tablo 4.1. Grupların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması (n=160) 48

Tablo 4.2. ÇİDOBÖ ve alt boyut puanları üzerinde ön test ile müdahale etkileşiminin test edilmesi (n=160) 52

Tablo 4.3 ASGÖ toplam ve alt boyut puanları üzerinde ön test ile müdahale etkileşiminin test edilmesi (n=160) 54

Tablo 4.4. Katılımcıların uyku kalitesi, yeterli ve dengeli beslenme özdeğerlendirme puanları üzerinde ön test ile müdahale etkileşiminin test edilmesi (n=160) 56

Tablo 4.5. Ön test duyarlılaşması olmayan değişkenlerde katılımcıların gruplarına göre son test puanlarının karşılaştırılması (*Müdahalenin ana etkisi*) (n=160)..... 58

Tablo 4.6. Katılımcıların ÇİDOBÖ kesme noktasına göre son test ve ön test puan dağılımlarının gruplar arasında karşılaştırılması (*Müdahalenin ana etkisi*) (n=160)..... 60

Tablo 4.7. Ön test duyarlılaşması olmayan değişkenlerde katılımcıların gruplarına göre son test puanlarının karşılaştırılması (*Müdahalenin ana etkisi*) (n=160)..... 62

Tablo 4.8. Katılımcıların son test ve ön test puan farklarına ilişkin kazanım skorlarının karşılaştırılması (son test–ön test) (n=80)..... 64

Tablo 4.9. Ön test yapılmayan katılımcıların gruplarına göre son test puanlarının karşılaştırmaları (n=80)..... 65

Tablo 4.10. Ön test etkileşimi olan değişkenlerde grupların son test puanlarına göre müdahale etkisinin incelenmesi (n=80) 65

ŞEKİLLER

Şekil 3.1. Çalışmanın Güç Analizi 24
Şekil 3.2. Çalışma Gruplarının Tabakalı Blok Randomizasyonu 26
Şekil 3.3. Araştırmanın Ön Test-Son Test Tasarımı 28
Şekil 3.4. Araştırmanın Akış Şeması 33
Şekil. 3.5. Sağlık Eğitimi Uygulama Programı 36
Şekil 3.6. Solomon Dört Kollu Deneysel Araştırma Tasarımının İstatistiksel Analiz Adımı 42

SİMGELER VE KISALTMALAR

ANOVA	: Analysis Of Variance (Varyans Analizi)
APA	: American Psychological Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
ASGÖ	: Adölesan Sağlığı Geliştirme Ölçeği
BTK	: Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu
Cohen's *d*	: Etki Büyüklüğü
CONSORT	: Consolidated Standards Of Reporting Trials (Randomize Kontrollü Araştırmaların Raporlanmasına İlişkin Birleştirilmiş Standartlar)
ÇİDOBÖ	: Çocuklar İçin Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
DSÖ (WHO)	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
ICD	: International Classification Of Diseases (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması)
k	: Birleştirilen Alt Boyut Sayısı
Maks	: En Büyük Değer
Min	: En Küçük Değer
n	: Sayı
Ort	: Ortalama
pmeta	: Birleşik Anlamlılık Düzeyi
PS	: Pretest Sensitization (Ön Test Duyarlılığı)
pη^2	: Kısmi Eta Kare
F	: İki Yönlü Robust Anova Test İstatistiği
SH	: Standart Hata
SPIRIT	: Standard Protocol Items: Recommendations For Interventional Trials (Girişimsel Klinik Araştırmalar İçin Standart Protokol Maddeleri: Öneriler)
SPSS	: Statistical Package For Social Sciences Statistics (Sosyal Bilimler İstatistikleri İçin İstatistik Paketi)
SS	: Standart Sapma
V	: Cramer's V Katsayısı Etki Büyüklüğü
VAS	: Görsel Analog Skala
Zmeta	: Tüm Zp Değerlerinin Birleştirilmesinde Elde Edilen Z İstatistiği
Zp	: p-Değerine Karşılık Gelen Standart Normal Dağılım Z İstatistiği, p → z Dönüşümü

η^2 : Eta Kare

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

U : Mann-Whitney U Test İstatistiği

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde, gelişmiş ülkeler başta olmak üzere internet erişiminin kolaylaştığı tüm toplumlarda ve özellikle genç nüfusta dijital teknolojilerin kullanımı oldukça yaygındır (1–6). Dijital teknolojiler adölesanlarda günlük yaşamın vazgeçilmez bir alışkanlığıdır (7). Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) 2024 yılı Çocuklarda Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırmasına göre; 11-15 yaş aralığındaki adölesanların %75,8'i en az bir bilişim ürününe sahiptir (8). Çağımızda adölesanlar, yaşamlarının çok erken dönemlerinde dijital teknoloji ile tanışmakta ve onunla iç içe büyüyerek gelişimlerini sürdürmektedirler (2,5,9). Adölesanlar farklı yaşam deneyimleri arama, kimliği keşfetme, etkileşim ve iletişim kurma gibi amaçlar doğrultusunda dijital teknolojileri kullanmaktadır (2,4,5,10,11). Dijital teknoloji kullanımını suistimal eden adölesanlarda problemli internet kullanımı, dijital oyun bağımlılığı ve sosyal medya bağımlığı gibi sorunlu davranışlara yaygın olarak rastlanılmaktadır (1,4,5,10,12–14).

Bağımlılık Türk Dil Kurumuna (TDK) göre "*bağlı olma durumu; bir nesne veya bir duruma karşı yoğun istek duyma ve o şeye muhtaç olma*" anlamına gelmektedir (15). Bağımlılık genel olarak, madde bağımlılığı ve davranışsal bağımlılık olarak iki kategoride ele alınır. Davranışsal bağımlılıklar, "*psikoaktif madde kullanımına bağlı olmaksızın gelişen; bireyin fiziksel, psikolojik ve güncel işlevselliğini etkileyen zihinsel ve davranışsal bozukluklar"* olarak tanımlanmaktadır (16–18). Adölesanlar gelişim döneminin özelliklerine bağlı olarak, dijital teknolojilere yönelik davranışsal bağımlılık geliştirme potansiyeli yüksek riskli bir gruptur (13,19–22). Yapılan çalışmalarda, sabah kalkar kalkmaz internete bağlanan, üç saat ve üzerinde dijital cihaz kullanan adölesanlarda dijital oyun bağımlılığı gelişme riskinin, kullanmayan adölesanlara göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (23–26). Dijital teknoloji bağımlılığının önemli bir türü dijital oyun bağımlılığıdır. Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasına (International Classification of Diseases, ICD) göre dijital oyun bağımlılığı; oyun oynama sürecinde denetimin kaybedilmesi, oyunun gündelik hayattaki diğer aktivitelerden daha öncelikli olması ve olumsuz sonuçlarına rağmen oyun oynama davranışın sürdürülmesiyle karakterize, davranışsal bir bağımlılıktır (2,4,27,28). Dijital oyun bağımlılığının en belirgin göstergeleri; bireyin dijital oyunu zihinden çıkaramaması, sürekli oyunla meşgul olduğu için sorumluluklarını yerine

getirmemesi, oyun oynama davranışı aile, sosyal ve akademik hayatında belirgin sorunlara yol açmasına rağmen oyunu bırakmakta zorlanması, oyun oynama davranışı engellendiğinde ise huzursuzluk, öfke gibi yoksunluk belirtileri göstermesidir (27). Adölesanlar arasında dijital oyun bağımlılığına yaygın olarak rastlanılmaktadır (3,29,30).

Adölesanlarda dijital oyun bağımlılığının yaygınlığı, kültürel ve coğrafi faktörlere göre farklılaşmaktadır (2,3,31). Literatürde, dijital oyun bağımlılığı oranlarının Asya ülkelerinde %10-15, Kuzey Amerika ve Batı Avrupa ülkelerinde ise %1-10 arasında değiştiği bildirilmektedir (32). Ülkemizde yapılan bir çalışmada adölesanlarda, dijital oyun bağımlılığın %28,8 olduğu belirtilmektedir (33). Türkiye'de 2024 yılında TUİK tarafından yapılan bir araştırmaya göre; dijital oyun oynayan çocukların oranı %74,0'dır ve 11-15 yaş grubundaki erkek çocuklarda bu oran %85,0 iken kız çocuklarda %58,7'dir (8). Dijital oyunlar; eğitici, eğlenceli ve merak uyandırıcı içerikleri, kazanma arzusunu pekiştirmesi, stresle baş etme aracı olarak değerlendirilmeleri gibi nedenlerle adölesanlar tarafından tercih edilmektedir (5,31,32). Özellikle stresli durumlarda dijital oyunlar adölesanların rahatlamasına ve duygusal boşalmasına olanak sağlamaktadır (5,29,34,35). Dijital oyunlar uygun koşullarda oynandığında adölesanların; konsantrasyon, uzamsal beceri, el-göz koordinasyonu, motivasyon, hayal gücü, hızlı düşünme, algı, odaklanma, neden-sonuç ilişkisi kurma ve zaman yönetimi gibi fiziksel, zihinsel ve sosyal becerilerini geliştirebilirler (2,5,12,21,36). Bununla birlikte yapılan çalışmalarda, adölesanlarda dijital oyun bağımlılığı ile obezite, kas-iskelet hastalıkları, göz bozuklukları, nörolojik rahatsızlıklar, şiddet, sosyal kaygı, depresyon, uyku bozuklukları, yalnızlık, saldırganlık ve siber zorbalık gibi fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlar arasında doğrusal yönde, akademik performans ile ters yönde ilişki olduğu kanıtlanmıştır (2,5,9,34,37–40). Dijital oyun bağımlılığı adölesan sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesinin önündeki potansiyel engellerden biri olarak ele alınmaktadır (25,30,34,41,42).

Hızlı değişimlerin yaşandığı adölesan dönemde edinilen alışkanlıklar yetişkinliğe aktarılarak, bireyin yaşamı boyunca sürdürülmektedir (30,43,44). Adölesan dönemde edinilen dijital oyun bağımlılığı gibi davranışsal bağımlılıklar,

yetişkinlik döneminde daha ciddi bağımlılıkların ortaya çıkma olasılığını artırabilmektedir (2,4,16,45–47). Dijital oyun bağımlılığı ekran karşısında uzun saatlere bağlı olarak adölesanlarda hareketsiz ve asosyal yaşam tarzına neden olarak onların fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığını tehdit etmektedir. Bu bağlamda, adölesanlarda dijital oyun bağımlılığı ile mücadele öncelikli bir halk sağlığı sorunudur (5,25,34,42,48). Adölesan sağlığını tehdit eden dijital oyun oynama davranışının yerine sağlığı geliştiren davranışlarının kazandırılması bağımlılıkla mücadelede etkili olabileceği düşünülen varsayımlardan biridir (27,49).

Davranış ikamesi kavramı bağımlılıkla mücadelede önemli bir kuramsal temeldir. Bu kavram; bağımlılık yapan madde ya da davranışın yerine, gereksinim duyulan psikolojik etkileri benzer şekilde karşılayan daha sağlıklı bir madde ya da davranışı koyma süreci olarak tanımlanmaktadır (3,27,50). Adölesanlarda, dijital oyun bağımlılığı ile mücadelede, oyun oynamanın yarattığı psikolojik etkileri karşılamak için onlarda benzer etkilere neden olabilecek sağlığı koruma ve geliştirme davranışları kazandırılabilir (16,27,40). Adölesanlarda sağlığı geliştirme davranışları ile dijital oyun bağımlılığı arasındaki ilişkiyi inceleyen kesitsel bir araştırmada, adölesanların dijital oyun oynama süresi arttıkça sağlığı geliştirme davranış düzeyinin azaldığı bildirilmektedir (27).

Sağlığı geliştirme; bireylerin mevcut sağlık düzeylerini daha iyiye götürmeleri için sağlıklarını belirleyen faktörleri fark etmeleri ve bu faktörleri etkili bir şeklide kontrol edebilmelerini amaçlayan sistematik bir süreç olarak tanımlanmaktadır (51–53). Sağlığı geliştirme sürecinde birey sağlıklı davranışları benimser, alışkanlık edinir ve böylece yaşam boyu pek çok hastalık riskinden korunur (43,44,54–56). Bireyler sağlığın geliştirilmesi sürecinde sağlıklarını etkileyen fiziksel, psikolojik ve sosyal çevrelerine yönelik bilinçli tercihlerde bulunmaları konusunda desteklenirler (44,53,57,58). Adölesan sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi için bu yaş gruplarında birincil ve ikincil koruma önlemlerinin alınması gerekmektedir (27,42,50,59,60).

Adölesanlarda dijital oyun bağımlılığına yönelik birincil korumanın amacı bağımlılık gelişmeden önce onları ekran karşından alıkoyan fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığı geliştiren davranışları kazandırmaktır (27,32,43,61,62). İkincil korunma kapsamında ise, dijital oyun bağımlılığının erken dönemde belirlenmesi ve tedavisi ele alınır (63). Uzun süre ekran karşısında oturan, kalkmak istemeyen, ebeveynleri ile bu konuda çatışan, ekranı elinden alındığında yoksunluk belirtileri yaşayan adölesanlara davranış ikamesi yolu ile dijital oyun oynama davranışının yerine sağlıklı davranışların kazandırılması ve/veya çeşitli bireysel ve davranışçı terapilerle bağımlılığa müdahaleler ikincil korumadır (4,28,32,44,64). Bağımlılıkla mücadelede sağlık eğitimi hem birincil hem de ikincil korumada kullanılan bir yöntemdir. Sağlığı geliştirmenin en etkili aracı, sağlık eğitimidir. Sağlık eğitimi, bireyde istendik davranış değişikliğine olanak tanıyan bir süreçtir (65–67).

Adölesanlara yönelik etkili sağlık eğitimi, yaş ve gelişim özelliklerine uygun, ilgi çekici ve kültürel açıdan uyumlu öğretim stratejileri kullanılarak planlanmalı ve uygulanmalıdır (28,68,69). Sağlık eğitimlerinin, adölesanların sağlıklı yaşam becerilerini geliştirmesi, olumlu davranışları pekiştirmesi ve sosyal etkileşim fırsatlarını artırması beklenmektedir (45,60). Literatürde, sağlık eğitimlerinin; adölesanlara sağlığı geliştirici davranışlar kazandırarak dijital oyun bağımlılığı riskinin azaltılmasında ve bağımlılıkla mücadelede etkili bir yaklaşım olabileceği bildirilmektedir (4,27,28,62,64,65). Bununla birlikte, adölesanlarda dijital oyun bağımlılığına ilişkin araştırmaların büyük ölçüde sorunların tanımlanmasına ve kuramsal çerçevenin oluşturulmasına odaklandığı vurgulanmaktadır (70). Adölesanlara yönelik beslenme ve fiziksel aktivite eğitimleri, oyun temelli yaklaşımlar, motivasyonel görüşme ve bilişsel-davranışçı terapi temelli müdahalelerin dijital bağımlılıkları önleme ve tedavi etmede farklı düzeylerde etkili olduğu bildirilmektedir (4,9,20,28,45,48,50,56,64,71–76). Dijital oyun bağımlılığına yönelik yürütülen müdahale çalışmalarının önemli bir bölümünde, bağımlılık sürecinin çok boyutlu ve karmaşık yapısı nedeniyle randomize kontrollü deneysel araştırma tasarımının tercih edilmediği izlenmektedir (4,17,20,40,76,77). Adölesanlarda dijital oyun bağımlılığına yönelik çalışmaların incelendiği sistematik analizlerde; müdahalelerin genellikle görüşme ve vaka temelli yaklaşımlar olduğu, ileri düzey

randomize kontrollü çalışmaların tasarlanmasına zemin hazırladığı ancak, yapılan müdahaleye özgü etkilerin açık ve kesin biçimde ayrıştırılamadığı bildirilmektedir (4,9). Bununla birlikte, bu alanda gerçekleştirilen randomize kontrollü çalışmalar; örneklem seçimi, araştırma tasarımı, kullanılan ölçme araçlarının geçerlilik ve güvenirliği ile uygulama standartları bakımından çeşitli metodolojik sınırlılıklar içermektedir (4,63,78,79). Bu bağlamda, adölesanlarda dijital oyun bağımlılığını önlemeye ve sağlığı geliştirici davranışları desteklemeye yönelik, müdahalenin etkisini açık olarak ortaya koyan kanıt düzeyi yüksek, kolay uygulanabilen, sistematik ve sürdürülebilir müdahale programlarının geliştirilmesine gereksinim duyulmaktadır (4,20,40,50,76,80). Okul sağlığı hizmetleri kapsamında sunulan kapsamlı sağlık eğitimi programları, yaygın olarak uygulanabilen, sürdürülebilir ve maliyeti etkin bir müdahaledir (4,45). Bu doğrultuda, adölesanlarda sağlığı geliştirmeyi hedefleyen sağlık eğitimi müdahalelerinin dijital oyun bağımlılığı üzerindeki etkisini inceleyen; örneklem büyüklüğü ve gücü yeterli, ön test duyarlılığını dikkate alan, iç ve dış geçerliği yüksek ve müdahalenin ana etkisini ortaya koyan iyi tasarlanmış çalışmalara gereksinim olduğu değerlendirilmektedir (45,50,80).

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı, adölesanlarda sağlık eğitiminin dijital oyun bağımlılığı ve sağlığı geliştirici davranışlar üzerindeki etkisini, ön test duyarlılığını dikkate alan, iç ve dış geçerliği yüksek Solomon dört kollu deneysel tasarımda incelemektir.

1.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Bu çalışmanın hipotezleri:

H_{0-1}: Çocuklar için Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği (ÇİDOBÖ) ön test duyarlılığı yoktur; ön test ile müdahale arasında istatistiksel olarak anlamlı bir etkileşim bulunmamaktadır.

H_{0-2}: Adölesan Sağlığı Geliştirme Ölçeği (ASGÖ) ön test duyarlılığı yoktur; ön test ile müdahale arasında istatistiksel olarak anlamlı bir etkileşim bulunmamaktadır.

H_{0-3}: Dijital oyun bağımlılığı düzeyi açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur.

H_{0-4}: Sağlığı geliştirme davranış düzeyi açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur.

H_{1-1}: Çocuklar için Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği (ÇİDOBÖ) ön test duyarlılığı vardır; ön test ile müdahale arasında istatistiksel olarak anlamlı bir etkileşim bulunmaktadır.

H_{1-2}: Adölesan Sağlığı Geliştirme Ölçeği (ASGÖ) ön test duyarlılığı vardır; ön test ile müdahale arasında istatistiksel olarak anlamlı bir etkileşim bulunmaktadır.

H_{1-3}: Dijital oyun bağımlılığı düzeyi açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır.

H_{1-4}: Sağlığı geliştirme davranış düzeyi açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

Adölesan dönem, 10-19 yaş grubunu kapsayan fizyolojik büyüme ve cinsel olgunlaşmanın yanı sıra psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı kritik bir evredir (52,67,81). Bu gelişimsel süreçte çevresel ve teknolojik etkenler, adölesanların yaşam biçimlerini ve davranış örüntülerini önemli ölçüde etkilemektedir (42,52,55). Günümüzde teknolojik gelişmeler, dijital ortamları çocuklar ve adölesanlar için önemli bir sosyal etkileşim alanı haline dönüştürdü (81). Bu dijital dönüşüm, boş zaman etkinliklerini yeniden şekillendirerek oyun kavramının içeriği ve işlevinde belirgin değişimlere yol açmıştır (18,82).

2.1. DİJİTAL OYUNLAR

Türk Dil Kurumuna (2023) göre oyun kavramı *"yetenek ve zekâ geliştirici, belirli prosedürleri olan, iyi vakit geçirmeye yarayan eğlence"* olarak tanımlanmaktadır (15). Oyun, çocukların sosyalleşmesini destekleyerek sosyal yaşama yönelik bilgi, beceri ve tutumlar kazanmalarını, yaratıcılıklarını geliştirmelerini ve toplumsal rolleri öğrenmelerini sağlayan bir araçtır (83,84) Geleneksel çocuk oyunları, yüz yüze etkileşim ve hareketlilik yoluyla çocukların sosyalleşmesini desteklerken psikolojik ve fiziksel gelişimlerini güçlendirir (18,22,85) Bilişim teknolojilerindeki hızlı ilerleme, geleneksel oyunların yerini büyük ölçüde dijital ve çevrim içi etkinliklere bırakmasına yol açmıştır (48,83,86). Bu dönüşümle birlikte dijital oyunlar, çağdaş oyun kültürü haline gelmiştir. Oyun deneyimi ise dijital platformlara taşınarak, fiziksel mekâna bağlılıktan uzak, daha bireysel ve her an erişilebilir bir niteliğe evrilmiştir (31,32,83).

Dijital oyun: *"Belirli kural ve amaçları olan, bilgisayar yazılımları ile klavye, fare veya monitör gibi arabirimlerin etkileşimlerinin sağlandığı sistemler bütünüdür"* şeklinde tanımlanmaktadır (87). Bu oyunlar, bireysel ya da çok oyunculu olarak oynanabilen; çevrim içi ağ altyapısı aracılığıyla sanal ortamlarda erişilen ve etkileşimli biçimde sürdürülen dijital programlardır (24,88,89). Dijital oyunlar, çevrimdışı ve çevrim içi olmak üzere iki temel grupta ele alınmaktadır. Çevrimdışı oyunlar genellikle tek oyunculu ve bireysel bir deneyim sunarken, çevrim içi oyunlar çok oyunculu yapılarıyla sosyal etkileşim ve rekabet odaklıdır (12,90). Dijitalleşmenin hız

kazanmasıyla birlikte dijital oyunlara olan ilgi belirgin biçimde artmış, buna paralel olarak oyun endüstrisi de kayda değer bir büyüme ve çeşitlenme göstermiştir (86,88,89).

Millî Eğitim Bakanlığı tarafından ortaokul öğrencilerini kapsayacak şekilde yürütülen "İnternetin Bilinçli ve Güvenli Kullanımı" araştırmasında, öğrencilerin dijital oyun oynamada en sık akıllı telefonu (%40) tercih ettikleri, bunu bilgisayar (%30) ve tabletin (%34) izlediği saptanmıştır (91). Uluslararası veriler, küresel oyuncu sayısının hızlı bir artış eğilimi gösterdiğini ve bu büyümede çocuklar ile adölesanların belirleyici bir rol üstlendiğini ortaya koymaktadır (70). Dijital oyunlar, çok çeşitli tasarımları nedeniyle çocuklar ile adölesanlar başta olmak üzere hemen her yaştan bireyi oyun oynamaya teşvik edici özelliktedir (33,83,86). Günümüzde çocuklar ve adölesanlar boş zaman değerlendirme, stresle başa çıkma, iletişim ve eğlence amacıyla zamanlarının önemli bir bölümünü çevrim içi/çevrimdışı dijital ortamlarda geçirmekte ve oyunları temel bir oyun etkinliği olarak tercih etmektedir (2,3,5,92).

2.2. BAĞIMLILIK

Türk Dil Kurumuna (TDK) göre bağımlılık *"Bağlı olma durumu; bir nesne veya bir duruma karşı yoğun istek duyma ve o şeye muhtaç olma"* anlamına gelmektedir (15). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bağımlılığı: *"bireyin bir maddeye veya davranışa diğer tüm maddelere ya da davranışlara göre belirgin bir üstünlük tanıması sonucu ortaya çıkan psikolojik, davranışsal ve zihinsel bir durum"* olarak tanımlamaktadır (93). Bağımlılık, fizyolojik ve psikolojik boyutlarıyla değerlendirilmektedir. Fizyolojik bağımlılık, vücudun maddeye uyum sağlaması ve yokluğunda ortaya çıkan bedensel tepkilerle açıklanırken; psikolojik bağımlılık, maddeye yönelik yoğun istek ve onsuz yaşamın sürdürülemeyeceğine ilişkin inançla tanımlanmaktadır (87) .

Bağımlılığın ortaya çıkmasında; ailesel, genetik, toplumsal ve çevresel etmenlerin yanı sıra bireyin kişilik özellikleri ve ruhsal durumu gibi çok sayıda risk faktörünün etkili olduğu vurgulanmaktadır (94–96). Bağımlılık, bireyin irade denetimini zayıflatarak dürtülerine karşı koymasını güçleştirmekte ve yaygınlaşması durumunda önemli bir toplumsal sorun niteliği kazanabilmektedir (94,97). Son dönem

çalışmalarda, beynin yapı ve işlevlerine ilişkin bulguların birçok davranışın da kimyasal bağımlılığa benzer mekanizmalarla bağımlılık geliştirebildiğini ortaya koymaktadır (11,16). Bağımlılık; madde kullanımına dayanan bağımlılıklar ile herhangi bir maddeye bağlı olmaksızın ortaya çıkan davranışsal bağımlılıklar şeklinde iki temel kategoride ele alınmaktadır (36,48,62,98).

2.2.1. Davranışsal Bağımlılık

Davranışsal Bağımlılık: *"belirli bir davranışın, normal dışı düzen ve sıklıkla sergilenmesi sonucu bireyin bedensel, psikolojik ve toplumsal yapı ve işlevlerinde dengesini yitirmesi, düzeninin bozulması ve ortama uyum sağlayamaması şeklinde tanımlanabilecek bağımlılık türü"* olarak açıklanmaktadır (22). Davranışsal bağımlılık psikoaktif madde kullanımı olmaksızın ortaya çıkan zihinsel ve davranışsal bozukluktur. Bu bağımlılık türü, bireyin yaşamında baskın hale gelme, ruh halinde değişim yaratma, tolerans gelişimi, yoksunluk belirtileri, çatışma yaşantıları ve nüks etme gibi temel psikolojik özelliklerle karakterizedir (16). Bağımlılık tanısının konulabilmesi için ilgili davranışın bireyin günlük işlevselliğini belirgin biçimde bozacak düzeyde ve süreklilik göstererek ortaya çıkması gerekmektedir (16). Bu çerçevede davranışsal bağımlılıklar; kumar, internet, dijital oyun, egzersiz ya da işe aşırı yönelim gibi davranışlar aracılığıyla, biyolojik temelli bağımlılıklara benzer mekanizmalarla bireyin yaşam işlevselliğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (3,95,99).

Teknolojik gelişmelerin hız kazanmasıyla birlikte davranışsal bağımlılıklar arasında özellikle teknoloji temelli bilgisayar, internet ve dijital oyun bağımlılıkları yaygınlaşmaktadır (22,29). Teknoloji temelli bağımlılıkların öncelikli sorun haline gelmesi, internet kullanımının patolojik boyutlarını tanımlamak üzere ilk kuramsal çerçevelerin oluşturulmasına zemin hazırlamaktadır. Bu bağlamda, internet bağımlılığı kavramına ilişkin ilk kuramsal yaklaşımlar, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabında (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV) yer alan madde bağımlılığı ve patolojik kumar ölçütlerinden yararlanılarak geliştirilmiştir. Goldberg (1995), "İnternet bağımlılığı bozukluğu (Internet Addiction Disorder)" kavramını, bireylerin stresle başa çıkma mekanizması olarak tanımlamıştır (100). Young (1996) ise DSM-IV'teki patolojik kumar ölçütlerini temel alarak,

"Problemli İnternet Kullanımını (Problematic Internet Use)" bir dürtü kontrol bozukluğu olarak nitelendirmiştir (100). Bu doğrultuda internet bağımlılığı; temel bağımlılık belirtilerinin yanı sıra fiziksel, zamansal ve sosyal işlevsellikteki bozulmaları da kapsamaktadır (100). İnternet bağımlılığı, madde bağımlılığıyla benzer nörobiyolojik mekanizmalar içermekte ve dürtü kontrolü ile karar verme süreçlerinde bozulmalarla ilişkilendirilmektedir (11,100–102). Bu çerçevede, önemli bir davranışsal bağımlılık türü olan dijital oyun bağımlılığı, teknoloji bağımlılığı kapsamında değerlendirilmekte ve internet bağımlılığının bir alt türü olarak ele alınmaktadır (22,80,96,101,102).

2.2.1.1. Dijital Oyun Bağımlılığı

Dijital oyun bağımlılığına ilişkin klinik tanımlamalar, DSM-5'te "İnternet Oyun Bozukluğu" başlığı altında ele alınmaktadır. Buna göre İnternet Oyun Bozukluğu, "*video oyunlarıyla aşırı ve kontrolsüz biçimde meşgul olunması sonucunda en az 12 ay süreyle belirgin işlevsellik kaybına ya da klinik düzeyde sıkıntıya yol açan bir durum*" olarak tanımlanmaktadır (3). İnternet Oyun Bozukluğu tanısı için DSM-5, oyun oynamayla aşırı zihinsel meşguliyet, kontrol kaybı, tolerans gelişimi, yoksunluk belirtileri, sosyal etkinliklerine ilginin azalması, sorunlara rağmen aşırı oyun oynamanın sürdürülmesi, oyun süresi konusunda yalan söyleme, olumsuz duygu durumlarından uzaklaşmak amacıyla oyun oynama ve belirgin işlev kaybı ya da sıkıntı yaşanması olmak üzere dokuz tanı ölçütü tanımlamaktadır (3). İnternet Oyun Bozukluğu tanılamasında DSM-5'te daha fazla bilimsel kanıta ihtiyaç duyulan bir araştırma alanı olarak değerlendirmektedir (29). Buna karşılık, Dünya Sağlık Örgütü, ICD-11'de Oyun Bozukluğunu resmi bir tanı kategorisi olarak kabul etmektedir (28). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasının (ICD-11) en son baskısında oyun bozukluğu: *"Oyun oynama üzerindeki kontrolün zayıflaması, oyunun diğer faaliyetlere ve günlük faaliyetlere göre öncelikli olması, oyuna diğer faaliyetlere göre öncelik verilme miktarının artması ve olumsuz sonuçların ortaya çıkmasına rağmen oyun oynamanın sürdürülmesi veya arttırılması"* şeklinde tanımlanmaktadır (3,103).

Dijital oyun bağımlılığı; *"kişinin uzun süre oyun oynamayı bırakamaması, oyunu gerçek hayatıyla ilişkilendirmesi, oyunu oynamaktan dolayı sorumluluklarını aksatması ve oyun oynamayı başka etkinliklere tercih etmesi"* gibi sonuçları olan bir davranışsal bir bağımlılık olarak açıklanmaktadır (104). Pallesen ve ark. (2015) dijital oyun bağımlılığını, *"sosyal ve duygusal problemler doğurmasına rağmen aşırı ve takıntılı bir şekilde dijital oyun oynamak ve bireyin bu aşırı durumu kontrol edememesi*" olarak tanımlamaktadırlar (105). Dijital oyunların özellikle adölesanlar arasında denetimsiz ve aşırı kullanımı bağımlılıkla sonuçlanabilmektedir (5,34). Literatürde, adölesanlarda dijital oyun bağımlılığının fiziksel, psikolojik, sosyal ve akademik alanlarda çok boyutlu olumsuz sonuçlara yol açtığı bildirilmektedir (2,3,5,34,106,107).

Dijital oyunlar, adölesanların okul yaşamı, sosyal ilişkiler ve hatta temel fiziksel gereksinimlerinin ihmal edilmesine yol açacak düzeyde aşırı ve sorunlu bir nitelik kazanabilmektedir (3,5,9,41). Çalışmalarda, aşırı dijital oyun oynamanın duygusal ve sosyal sorunların yanı sıra, madde bağımlılığına benzer dopaminerjik mekanizmalar yoluyla beyin kimyasında değişikliklere yol açtığı belirtilmektedir (3,5,41,48,108). Dijital oyun sürecinde gerçek ve sanal yaşam arasındaki dengenin bozulması, bireyin gerçek yaşam ihtiyaçlarını ertelemesine ve oyun oynamayı günlük yaşamın temel önceliklerinden biri haline getirmesine yol açabilmektedir (39,109). Olumsuz sonuçlara rağmen oyun oynama isteğinin sürmesi, zamanla kontrol kaybına, yoğun zihinsel meşguliyete ve dolayısı ile bireyin gerçek yaşamdan uzaklaşmasına neden olabilmektedir (31,88). Dijital oyunlarda karakter bakış açısıyla kurgulanan anlatı yapısı ise oyuncunun oyunla özdeşimini güçlendirerek sanal deneyimin daha yoğun yaşanmasına imkan verebilmektedir (22,26,34,88,110). Bu tür oyunlar, özellikle adölesanları hikayenin merkezine yerleştirerek sanal ortamda güç ve kontrol duygusu sunmakta; buna bağlı olarak zaman içinde gerçek dünya ile dijital ortam arasındaki sınırların bulanıklaşmasına yol açabilmektedir (110,111). Gerçek ve sanal yaşam arasında denge kurmakta zorlanan adölesanlar, dijital ortamı yaşamlarının doğal bir parçası olarak benimsemekte ve bu durum onları yüksek düzeyde kırılgan bir grup haline getirmektedir (12,26,46,86,111,112).

Dijital oyun bağımlılığı adölesanlarda; dikkat eksikliği (113,114), anksiyete (78,115), akademik başarısızlık (39,116,117), saldırganlık (95,99,106), sosyal kaygı bozukluğu (37,89,96,114,118), yalnızlık (81,119–121), siber zorbalık (81,118,122–128) ve depresyon (12,34,36,40,63,129) gibi ciddi psikiyatrik sorunlara neden olmaktadır. Bununla birlikte, dijital oyun bağımlılığı kas-iskelet sistemi bozuklukları (22,30,38,46,94), görme problemleri (46,83,114,130), nörolojik problemler (21,34,46), uyku bozuklukları (14,41,58,131–133), obezite (14,67,108,134,135) gibi fiziksel sağlık sorunlarına da yol açmaktadır (2). Özgür (2019) çalışmasında, adölesanların %14,22'sinin çevrimiçi oyun alışkanlıkları nedeniyle yüksek düzeyde uykusuzluk, kötü beslenme, sosyal ilişki sorunları ve sorumluluk ihlali yaşadığını, %30,46'sının ise bu etkileri orta düzeyde deneyimlediğini bildirmektedir (136).

2.2.1.2. Dijital oyun bağımlılığının epidemiyolojisi: Ülkemizde 6-15 yaş grubunda yapılan Çocuklarda Bilişim Teknolojileri Kullanımı Araştırması, çocuklarda internet kullanım oranının %91,3'e ulaştığını, internetin en çok öğrenme (%75) ile oyun oynama veya indirme (%72,7) amacıyla kullanıldığını ortaya koymaktadır. Aynı araştırmada, özellikle 11-15 yaş grubunda günlük internet kullanım süresinin hafta içi günlerde %54,4 olduğu, hafta sonlarında ise bu oranın artarak %63,5 düzeyine ulaştığı bildirilmektedir. Bununla birlikte aynı araştırma adölesanların büyük bir bölümünün düzenli dijital oyun oynadığı ve oyun süresinin hafta sonlarında anlamlı düzeyde arttığı rapor edilmektedir (8). Başka bir çalışmada, günlük dijital oyun süresinin ortalama 179,9 dakikaya ulaştığı ve dijital oyunla tanışma yaşının ortalama 4,5 yaşa indiği bildirilmektedir (34).

Yapılan bir meta-analizde (2023), dijital oyun bağımlılığının erkeklerde kadınlara kıyasla daha yaygın olduğu, en yüksek prevalansın Asya kıtasındaki ülkelerde olduğu ve özellikle çocuk ile adölesanlar arasında yaygınlığın belirgin düzeyde arttığı vurgulanmaktadır (4). Avrupa Çevrimiçi Çocuklar Projesi (EU Kids Online) (2020) raporunda; 9-16 yaş çocuk ve adölesanların çevrim içi ortamları ağırlıklı olarak iletişim ve eğlence amacıyla kullandığı ve 19 ülkede çevrim içi oyun oynama oranlarının %27 ile %71 arasında değiştiği bildirilmektedir (137). Uluslararası epidemiyolojik çalışmalar, dijital oyun bağımlılığı prevalansının ülkeler arasında belirgin farklılıklar gösterdiğine işaret etmektedir. Çalışmalarda adölesanlar arasında

dijital oyun bağımlılığının Kore'de %50'ye ulaştığı bildirilirken, Almanya'da %11,9, Çin'de %10,3, Amerika Birleşik Devletleri'nde %8,5, Avustralya'da %8, ve Tayvan'da %7,5 oranlarında olduğu bildirilmektedir (10,31,33,138).

2.2.1.3. Dijital oyun bağımlılığı risk faktörleri: Dijital oyun bağımlılığı gelişiminde bilişsel, psikolojik, biyolojik ve çevresel faktörler önemli risk etkenleri arasında yer almaktadır. (87,111). Bilişsel ve psikolojik faktörler açısından, dürtü kontrolü zayıf ve öz disiplin gelişimi tamamlanmamış çocuk ve adölesanlarda dijital oyun bağımlılığı riskinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (29,111,120). Denetimsiz oyun oynama, alternatif hobi ve etkinliklerin sınırlı olması ile ev ortamında uzun süre zaman geçirilmesi dijital oyun bağımlılığı riskini artıran çevresel faktörler arasında yer almaktadır (29,33). Sosyal etkileşimlerde güçlük yaşayan veya düşük özgüvene sahip bireylerin, çevrim içi oyunlarda oluşturdukları sanal kimlikler aracılığıyla gerçek yaşamda deneyimledikleri yetersizlik duygularını telafi etmeye yöneldikleri bildirilmektedir (81,85,120). Buna ek olarak, yüksek stres düzeyi, depresyon ve kaygı gibi psikolojik sorunlar bireyleri geçici rahatlama amacıyla dijital oyunlara yöneltebilmekte; oyun oynama davranışı zamanla bir başa çıkma stratejisine dönüşerek özellikle stresli dönemlerde bağımlılık riskini artırabilmektedir (85,107). Ayrıca genetik yatkınlık ve daha önce yaşanan bağımlılık deneyimleri de dijital oyun bağımlılığının gelişimini kolaylaştıran önemli bireysel risk faktörleri arasında değerlendirilmektedir (99).

Oyunların yapısal özellikleri de bağımlılık riskinde belirleyici bir rol oynamaktadır (12,31). Sürekli ödül mekanizmaları, görev ve seviye sistemleri, günlük giriş teşvikleri, süre sınırlı etkinlikler ve oyun içi satın alımlar, oyuncuların oyunda kalma süresini uzatarak bağımlılık riskini artırmaktadır (3,88). Ayrıca ekip tabanlı oyunlarda, takım arkadaşlarını yalnız bırakmama motivasyonu çevrim içi kalma süresini uzatarak bu riski daha da artırabilmektedir (26,102).

Aile ve sosyal çevreye ilişkin faktörler, dijital oyun bağımlılığının gelişiminde belirleyici bir role sahiptir (139). Otoriter ya da ilgisiz ebeveyn tutumları, düşük akademik başarı, ailede veya bireyin geçmişinde bağımlılık ve şiddet öyküsünün bulunması, akran zorbalığına maruz kalma, ebeveynlerin dijital oyun kullanım

alışkanlıkları ile dijital teknolojik araçlara kolay erişim, bağımlılık riskini artıran başlıca faktörler arasında yer almaktadır (2,19,97,139,140).

Literatürde, cinsiyet ve yaş değişkenlerinin dijital oyun oynama eğiliminde önemli olduğu, özellikle erkek adölesanların kızlara göre daha fazla oyun oynama eğilimi gösterdikleri (2,3,5,97,119,141,142) ve adölesanların yetişkinlere oranla günlük yaşamlarını erteleyerek daha fazla oyun oynadıkları bildirilmektedir (2,3,5,6,24).

2.2.1.4. Dijital oyun bağımlılığının önlenmesi: Çin Halk Cumhuriyeti, Güney Kore, Hong Kong, İran ve İsviçre gibi birçok ülkede, oyun bağımlılığının artan klinik ve toplumsal etkilerine yönelik ulusal stratejiler geliştirildiği; kapsamlı önleme ve tedavi programları uygulandığı bilinmektedir (32). Literatürde, dijital oyun bağımlılığı ile mücadelede oyuna erişimin tamamen engellenmesinden ziyade, kontrollü ve bilinçli kullanım alışkanlıklarının kazandırılması gerektiği bildirilmektedir. Bununla birlikte, adölesanların ve ebeveynlerin bağımlılık farkındalığı ve etkili baş etme stratejileri konusunda bilgilendirilmesi önerilmektedir (10,64,97,140). Dijital oyun bağımlılığının yönetiminde, ebeveynlerle birlikte günlük teknoloji kullanım sınırlarının belirlenmesi, oyun süresinin aşamalı azaltılması ve hedeflere ulaşıldığında öz-ödüllendirme gibi stratejiler etkili yaklaşımlardır (17,76). Adölesanlarda oyuna yönelik öz-yönetimi güçlendirmek için oyun dışı etkinliklerin izlenmesi ve sorumluluklarını hatırlatıcı dış uyarıcıların kullanılması önerilmektedir (97,119,139).

Birincil ve ikincil düzeyde koruyucu önlemlerin sistematik uygulanması, dijital oyunlara bağlı riskleri azaltarak adölesan sağlığının korunmasını ve sürdürülmesini sağlar (42,49). Adölesanlarda dijital oyun bağımlılığını önlemeye yönelik birincil koruma kapsamında, ekran dışı fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan güçlendirici etkinliklerin yaygınlaştırılması amaçlanmaktadır (29,30,49,62,72). Amerikan Pediatri Akademisi'ne göre, dijital oyun bağımlılığına karşı alınabilecek önlemler arasında, teknolojiye aşırı maruz kalmanın riskleri konusunda bilgilendirme, yaşa uygun oyunların seçilmesi ve günlük ekran süresinin 1-2 saat ile sınırlandırılması yer almaktadır (143).

İkincil koruma kapsamında, uzun süreli ekran kullanımına bağlı olarak yoksunluk belirtileri gösteren, aile içinde çatışma yaşayan adölesanlarda, bağımlılık oluşturan davranışların yerine sağlıklı davranışların kazandırılması ve bağımlılığın tedavisi ele alınmaktadır (22,44,63,64,69,72,99,131). Literatürde, eğitimsel yaklaşımların egzersiz, farkındalık ve hayvan destekli müdahalelerle bütünleştirilmesinin sinirsel işleyişi desteklediği, aşermeyi azalttığı ve öz denetim ile duygu düzenleme becerilerini güçlendirdiği vurgulanmaktadır (28,48). Dijital oyun bağımlılığına yönelik etkinliği kanıtlanmış standart ve kesin bir tedavi yaklaşımı ya da müdahale modeli henüz keşfedilememiştir (4,20,45,49,76). Mevcut araştırmalar, dijital oyun bağımlılığının yönetiminde, birden fazla terapötik yaklaşımın birlikte ele alındığı bütüncül müdahalelerin öne çıktığını bildirmektedir. Bütüncül müdahaleler arasında bilişsel ve davranışçı terapiler, farmakoterapi, sağlık eğitimi, danışmanlık ve motivasyonel görüşme yer almaktadır (4,17,20,28,40,45,49,76,99,143).

2.3. SAĞLIĞI GELİŞTİRME

Sağlığı geliştirme, "*sağlığa bağlı herhangi bir davranış ile yaşam şekli için eğitim sistemleri, örgütsel yapılar ile çevre desteklerinin bütünleşmesi sonucu kişilerin kendi sağlık durumları hakkında kontrollerini arttırmayı, geliştirmeyi sağlayan süreç*" olarak tanımlanmaktadır (30,50,51,144). Temel Sağlık Hizmetleri içinde yer alan sağlığı geliştirme, ilk olarak 1986'da Ottowa'da düzenlenen birinci Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı'nda ele alındı. Sağlığı geliştirme stratejileri, bireylerin sağlıklı seçimler yapmasını kolaylaştıran, yaşam koşullarını iyileştiren ve koruyucu uygulamaları ön plana alan bütüncül yaklaşımlardır (43,53,56,61)

Küresel hastalık yükü tahminleri, yüksek morbidite ve mortalite oranlarının sağlıksız yaşam tarzlarıyla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (43,61,134). Sağlık düzeyini en üst seviyeye çıkarmak için toplumda sağlıkla ilgili yeterli bilgi, beceri ile olumlu tutum ve davranışın yaygınlaştırılması ve sağlıklı yaşam davranışlarının alışkanlık haline getirilmesi ile mümkündür (42,50,56,59,145). Sağlıklı yaşam davranışları; beslenme, egzersiz, sağlık sorumluluğu, kişiler arası destek, iletişim ve stresle başa çıkma gibi alanları kapsamaktadır (60). Literatürde, dünya çapında sağlığı geliştirici davranışların henüz istenen düzeyde olmadığı bildirilmektedir (51,52,55,60,146).

2.3.1. Adölesan Sağlığı ve Sağlığı Geliştirme

Adölesan dönem, 10-19 yaş arasını kapsayan, çocukluktan yetişkinliğe geçişi temsil eden ve hızlı fiziksel büyüme, hormonal yeniden düzenlenme, bilişsel olgunlaşma, duygusal ve sosyal dönüşümlerin eş zamanlı olarak yaşandığı kritik bir gelişim evresidir (56,59). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre adölesan dönem; erken (10–14 yaş), orta (15–17 yaş) ve geç adölesan (18–21 yaş) olmak üzere üç alt evrede ele alınmaktadır. Bu evreler fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal gelişimin farklı hız ve yoğunluklarda ilerlediği aşamalardır (147,148). Dünya nüfusunun %16'dan fazlasını, Türkiye nüfusunun ise %15,1'ni 10–19 yaş aralığındaki adölesanlar oluşturmaktadır (149). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK, 2023) verilerine göre, 0-17 yaş arası çocuk nüfusunun %28,8'i 10-14 yaş grubunda, %17,5'i ise 15-17 yaş grubunda yer almaktadır (150). Dünya genelinde her gün yaklaşık üç bin adölesanın önlenebilir nedenlerle yaşamını yitirdiği ve yetişkinlikte görülen birçok sağlık sorununun adölesan dönemde kazanılan davranışlarla ilişkili olduğu bildirilmektedir (147,151)

Adölesan döneminin sağlıklı bir yaşam dönemi olarak atfedilmesi, bu yaş gruplarının gereksinimlerine özgü sağlık politikalarının geliştirilmesi, uygulanması ve yaygınlaştırılmasında gecikmelere neden olabilmektedir (53,59). Adölesan sağlığını geliştirmek ve bu döneme yönelik etkili politikalar geliştirmek amacıyla, 2017 yılında DSÖ öncülüğünde "Adölesan Sağlığı için Küresel Hızlandırılmış Eylem Rehberi" geliştirilmiştir (147). Bu rehber, adölesan sağlığını güçlendirmeye yönelik küresel eylem alanlarını tanımlamayı amaçlamaktadır. Adölesanların en yoğun etkileşimde bulunduğu gelişim ortamları olan okullarda sağlıklı davranışların kazandırılması ve uzun vadeli sağlık risklerinin azaltılması önerilmektedir (27,56,152).

Kimlik gelişimin merkezde olduğu adölesan dönemde; stres, düşük risk algısı, sınırlı karar verme becerisi, akran baskısı, şiddet ve çevresel beklentiler ile şekillenen olumsuz psikososyal süreçler, bağımlılık açısından riskli davranışların deneyimlenmesini kolaylaştırarak adölesan sağlığının olumsuz yönde etkilenmesine neden olur (56,57,59,146,153). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi adölesan sağlığını olumsuz etkileyen riskli davranışları yetersiz fiziksel aktivite, dengesiz beslenme, madde kullanımı, güvensiz cinsel davranışlar ve zorbalık başlıkları ile sınıflandırmaktadır (59,154).

2.3.1.1. Beslenme: Yeterli ve dengeli beslenme, vücudun büyümesi, dokuların yenilenmesi ve çalışması için tüm besin öğelerinin gerekli ve yeterli miktarda alınması ve metabolizmanın gereksinimi doğrultusunda kullanılmasıdır (56,67,155). Adölesan dönemde büyümenin hızlanmasına bağlı olarak enerji gereksinimi belirgin biçimde artar; bu nedenle protein, kalsiyum, demir ve çinko gibi temel besin ögelerinin alımının da eş zamanlı olarak yükseltilmesi gerekir (66,74). Okul çağındaki çocukların yeterli ve dengeli beslenmesi, sağlıklı büyüme ve gelişmenin devamını destekler ve bağışıklık sistemini güçlendirerek enfeksiyonlara karşı koruyucu bir etki sağlar (67). Bu dönemde kazanılan sağlıklı beslenme alışkanlıkları; zeka gelişimi, akademik performans, kemik sağlığının güçlendirilmesi ve çeşitli hastalıkların önlenmesi açısından kritik bir rol oynar (42,69).

Adölesan dönemde fiziksel görünümün ön plana çıkması, bireylerin beslenme alışkanlıklarını önemli ölçüde etkileyebilmektedir (156). Bu dönemde öğün atlama, sık ara öğün tüketme, fastfood ağırlıklı beslenme ve dışarıda yeme alışkanlığının artması gibi davranış değişimleri sık görülmektedir. Adölesanlar çoğu zaman kahvaltı ve öğle öğününü geçiştirip, günün sonunda akşam yemeğinde aşırı miktarda besin tüketmektedir (56,155–157). Adölesanların beslenme alışkanlıklarının cinsiyet, sağlık algısı, sigara-alkol kullanımı, aile yapısı ve annenin eğitim düzeyi gibi birçok sosyodemografik etken tarafından şekillenmektedir (55). Olumsuz beslenme alışkanlıklarının bir sonucu olarak hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde obezite prevalansında belirgin bir artış olduğu bildirilmektedir (55,158). Küresel veriler, 5–19 yaş arası çocuk ve ergenlerde fazla kiloluluk (obezite dahil) prevalansının 1990'da %8 iken 2022'de %20'ye yükseldiğini ortaya koymaktadır (158,159). Çocukluk ve adölesan dönemi obezitesi; enerji yoğun, besin değeri düşük gıdaların ve şekerli içeceklerin tüketimi ile artan ekran süresi, fiziksel aktivite azlığı ve yetersiz uyku gibi etmenlerle yakından ilişkilidir (158). Literatürde, dijital oyun bağımlılığı, adölesan dönemde beslenme alışkanlıklarını olumsuz yönde etkileyen önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (14,108,160). Dijital oyun bağımlılığının sedanter yaşamı artırarak öğün atlama, düzensiz beslenme, sık ara öğün tüketimi ve fast food ağırlıklı beslenme gibi düzensiz beslenme alışkanlıklarıyla ilişkili olduğu ve bu durumun obezite gelişimine zemin hazırladığı bildirilmektedir (14,160).

2.3.1.2. Fiziksel aktivite: Fiziksel aktivite "*günlük hayatımızda iskelet sistemi ve kaslarımızı kullanarak gerçekleştirdiğimiz ve enerji harcamamızı sağlayan her tür hareket*" şeklinde tanımlanmaktadır (56,161). Adölesanlar yaş ve ilgi alanlarına uygun fiziksel aktiviteleri günlük yaşamlarına kolaylıkla dahil edebilirler; ancak bu aktivitelerin etkili olabilmesi için planlı, düzenli, sürekli ve uygun şiddet ile sürede uygulanması gerekir (60,156,162). Günümüzde çocuklar ve adölesanlar açık alanlarda oyun oynamak yerine dijital oyunlara yönelmekte, bu durum fiziksel aktivite düzeylerinin azalmasına yol açmaktadır (25). Yapılan bir çalışmada, (2019) Amerika Birleşik Devletleri'nde öğrencilerin yaklaşık dörtte birinin her gün yeterli fiziksel aktivite yaptığı, yarıya yakınının haftada en az üç gün kas güçlendirici egzersizlere katıldığı ve yalnızca dörtte birinin beden eğitimi derslerine düzenli devam ettiği belirlenmiştir (156). Başka bir çalışmada, 6–17 yaş arası çocukların yalnızca dörtte birinin önerilen günlük fiziksel aktivite düzeyine ulaştığı, bu durumun çocuk ve adölesanlarda fiziksel aktiviteye yönelik müdahale gereksinimini ortaya koyduğu bildirilmektedir (163). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, 13–18 yaş aralığındaki adölesanların sağlığı geliştirme ölçeği alt boyutlarından fiziksel aktivite puan ortalamalarının orta ve düşük düzeyde olduğu bildirilmektedir (44,164). Bu bulgular, çocuk ve adölesanlarda fiziksel aktivite düzeyinin genel olarak yetersiz olduğunu ve sedanter yaşam biçiminin yaygınlaştığını göstermektedir. Uzun süre ekran karşısında zaman geçiren çocuk ve adölesanların, yetersiz fiziksel aktivite ve sedanter yaşam tarzı nedeniyle obezite, metabolik sendrom ve insülin direnci gelişimine daha yatkın oldukları bilinmektedir (61). Fiziksel aktivite gerçekleştiren adölesanlar, ideal vücut ağırlığı ve formuna sahip olmanın yanı sıra, olumlu ruh hali, sağlıklı akran ilişkileri, yüksek akademik başarı, gelişmiş sorumluluk ve bağımsız karar verme becerisi ile güçlü ve esnek kas ve kemik yapısı kazanırlar (25,42,60). Amerikalılar için Fiziksel Aktivite Rehberi, 6–17 yaş grubundaki çocuk ve ergenlerin günlük en az 60 dakika orta-yüksek şiddette aerobik aktivite yapmasını ve haftada en az üç gün kas-kemik güçlendirici etkinliklere katılmasını önermektedir (156). Ülkemizde adölesanların sağlığını koruyup geliştirebilmeleri için her gün en az 60 dakika orta ya da yüksek şiddette fiziksel aktivite yapmaları önerilmektedir (165).

2.3.1.3. Sağlık Kontrolü: Adölesan dönem, adölesanın kendini sağlıklı algıladığı bu nedenle sağlık hizmetlerine başvurma durumunun nadir olduğu bir dönemdir (60,164). Adölesanların sağlık sorunları, doğal ve hızlı değişim sürecinin bir parçası olarak algılanıp göz ardı edilebilir (59,164). Toplum tarafından genellikle "sağlıklı" olarak görülen adölesanların, aslında sağlığın korunması ve geliştirilmesine yeterince özen göstermeme riski taşıdığı ve bu nedenle düzenli sağlık kontrollerini sıklıkla ihmal ettiği ifade edilmektedir (59,166). Özakgül (2016) çalışmasında lise son sınıf öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğunu özellikle sağlık sorumluluğu alanlarındaki davranış düzeyinin düşük olduğunu vurgulamaktadır (166). Bu durum, adölesan dönemde sağlıklı davranışların kazanılmasını olumsuz etkileyen risk faktörlerinin önemini ortaya koymaktadır. Dijital oyun bağımlılığı, adölesanların sağlıkları için yararlı ve zararlı davranışları ayırt etme becerilerini zayıflatarak sağlıksız yaşam biçimi davranışlarının artmasına neden olabilmektedir (42). Bu bağlamda, adölesanlara yönelik sağlık taramalarında obezite ve yeme bozuklukları, hipertansiyon, hematolojik göstergeler, ihmal ve istismar bulguları, ruhsal durum ve madde kullanımına ilişkin çok yönlü değerlendirmelerin yapılması gerekmektedir (60,161,167).

2.3.1.4. Sağlıklı uyku düzeni: Uyku, adölesanlarda fiziksel, duygusal ve bilişsel gelişimi destekleyen, dikkat ve konsantrasyonu artıran; öğrenme, hafıza ve bağışıklık sistemini güçlendiren temel bir fizyolojik işlevdir (41,133,135). Yeterli ve kaliteli uyku, genel sağlık ve yaşam kalitesi için önemlidir (41). Günde ortalama sekiz saat uyuyan bir insan, yılda yaklaşık 122 gününü ve ömrünün üçte birini uykuda geçirir (168). Uyku düzeni kişiden kişiye değişir ve yaş, cinsiyet, beslenme, çevre, sağlık ve ekonomik durum gibi faktörlerden etkilenir (41,73,169). Bu değişkenlerin etkisinin belirgin biçimde hissedildiği gruplardan biri adölesanlardır. Nitekim adölesanlar günlerinin %40'ını, yetişkinler ise üçte birini uykuda geçirir (73). Adölesanların günlük ortalama dokuz saat uykuya ihtiyacı olduğu belirtilmiştir. Ancak 9-12. sınıflarda okuyan adölesanların üçte ikisinin hafta içi gecelerinde yedi saatten az uyuduğu ifade edilmektedir (131,170). Bu yetersizliğin önemli nedenlerinden biri dijital araç kullanımındaki artıştır (14,132,160). Aşırı dijital araç kullanımı, adölesanlarda uykuya geçişi geciktirerek uyku süresi ve kalitesini azaltmakta; buna

bağlı olarak gün içi yorgunluk ve motivasyon düşüklüğüne yol açmaktadır (160). Yetersiz ve kalitesiz uyku, çocuk ve adölesanlarda duygusal bozukluklar (depresyon, öfke, ruh hali değişiklikleri), fiziksel sorunlar (yorgunluk, baş ve kas ağrıları) ile bilişsel işlev bozukluklarına (hafıza, dikkat, konsantrasyon, karar verme) yol açabilmektedir (41,135). Bu olumsuz etkilerin önlenmesi ve uyku kalitesinin artırılması amacıyla uyku hijyenini destekleyen uygulamalar önerilmektedir (14,131,132). Bu kapsamda uyku hijyenini desteklemek için, uyku ortamının sıcaklık, ışık ve gürültü açısından uygun hale getirilmesi, düzenli uyku saatinin benimsenmesi, stresin azaltılması, düzenli fiziksel aktivite yapılması, uyku öncesi kafein tüketiminden kaçınılması ve teknolojik cihazların bu süreçte kullanılmayıp uyku boyunca kapalı tutulması önerilmektedir (73).

2.4. SAĞLIK EĞİTİMİ

Sağlık eğitimi, bireylerin ve toplumun sağlık konusunda bilinçlenmesini, sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazanmasını ve hastalıklardan korunmasını amaçlayan sistemli bir süreçtir (68,69,71). Dünya Sağlık Örgütü, sağlık eğitimini *"Bireyleri sağlıklı yaşam için gerekli önlemleri benimsemeye teşvik etmek, sağlık hizmetlerini doğru kullanmalarını sağlamak ve sağlıklarını iyileştirmek için bilinçli kararlar almalarına yardımcı olmak"* şeklinde tanımlamaktadır (147,171). Sağlık eğitimi, sağlığı geliştirme uygulamalarının temelini oluşturmaktadır. Bireylerin sağlıkları ile ilgili kararları bilinçli olarak almaları, kendi sağlıklarının sorumluluğunu üstlenmeleri, gereksinim duydukları sağlık hizmetlerinden faydalanmaları için toplumun her yaş grubuna ulaştırılması gereken temel halk sağlığı uygulaması, sağlık eğitimidir (43,57,166).

Sağlık eğitimi ile bireylerin sağlıkla ilgili bilgi ve becerilerini geliştirerek kalıcı ve olumlu davranış değişiklikleri oluşturmayı hedefler (68). Etkili sağlık eğitimi, sadece bilgi aktarımının ötesine geçerek davranış değişimini destekleyen bütüncül bir yaklaşımı gerektirir (66,74). Bu çerçevede sağlık eğitimi, açık ve ölçülebilir hedefleri olan, kanıta dayalı kuramsal modellere dayanan ve psikososyal etkenleri gözeten yapılandırılmış programlardır (66,67,74).

Adölesan dönem, sağlığı geliştirici davranışların kazandırılması için sağlık eğitime en açık ve hazır oldukları dönemdir. Okul temelli, çok disiplinli sağlık eğitimleri adölesanların riskli davranışlardan uzaklaşarak bilinçli ve sağlıklı yaşam alışkanlıkları geliştirmelerini desteklemektedir (55,60,134,145,153,172). Dünya Sağlık Örgütü raporunda, adölesan sağlığını koruma ve geliştirme amacıyla ulusal ve uluslararası düzeyde yenilikçi müdahalelere ihtiyaç duyulduğunu vurgulamaktadır (147,148). Adölesanlarda istenen davranış değişikliklerinin sağlanabilmesi, süreci belirleyen etkenlerin doğru tanımlanmasına ve buna uygun müdahalelerin planlanmasına bağlıdır (173).

2.5. ADÖLESAN SAĞLIĞININ GELİŞTİRİLMESİ VE DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞININ ÖNLENMESİNDE OKUL SAĞLIĞI HEMŞİRESİNİN ROLÜ

Okul sağlığı hemşiresi, öğrencilerin sağlığını ve gelişimini destekleyen, güvenli okul ortamını güçlendiren ve öğrencilere öz yönetim ile öz savunma becerileri kazandıran sağlık profesyonelidir (174). Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde okul sağlığı hemşireleri, önleyici ve destekleyici uygulamalarla kilit bir rol üstlenmektedir (143). Okul sağlığı hemşiresi; okul kazalarının azaltılmasına katkı sağlamakta, obeziteyle mücadeleyi desteklemekte ve sağlık hizmetlerinde maliyet etkinliğini arttırmaktadır (174). Okul sağlığı hemşireliğinin görev, yetki ve sorumlulukları 19.04.2011 tarihli ve 27910 sayılı Resmi Gazete ’de yayımlanan yönetmelik ile tanımlanmıştır (175). Bu yönetmelikte; okul sağlığı hemşiresinin okul toplumuna yönelik sağlık eğitimleri vermesi, bağımsız roller üstlenmesi ve okul yönetimiyle iş birliği içinde uygulamalar yürütmesi gibi hususlar yer almaktadır (175).

Okul sağlığı hizmetleri kapsamında sağlık durumunun değerlendirilmesi, korunması ve geliştirilmesi temel esastır. Bu süreç; okula kabul muayeneleri, periyodik muayeneler ve düzenli taramalar aracılığıyla yürütülmektedir (143,174,176). Okul sağlığı hemşireleri; sağlık taramaları, bağışıklama hizmetleri, acil durum ve ilk yardım uygulamaları, kronik hastalık ve ilaç yönetimi, sağlık eğitimi, danışmanlık ve ruh sağlığı hizmetleri gibi alanlarda aktif roller üstlenmektedir (174). Özellikle çocuk ve adölesanların sağlık gereksinimlerinin belirlenmesi ve bakım süreçlerinin eşgüdüm içinde yürütülmesinde etkili bir sorumluluğa sahiptirler (176).

Okul sağlığı hemşiresinin öncelikli rolü, okul toplumunun sağlığını korumak, sürdürmek ve geliştirmektir. Sağlık eğitimi, bu rolün gerçekleştirilmesinde kullanılan temel araçlardan biridir (152). Okul sağlığı hemşireleri, yönerge doğrultusunda öğrencilere, ailelere ve okul personeline yönelik sağlık eğitimleri yürütmekle yükümlüdür. Bu doğrultuda okul sağlığı hemşireleri, adölesanların yaş ve gelişim özelliklerini dikkate alarak planlanan, bilimsel temelli, sistematik ve sürdürülebilir sağlık eğitimi uygulamalarının yürütülmesinde önemli bir rol üstlenmektedir (69). Sağlık eğitimleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması, bağımlılıkla mücadele, kazalar ve hastalıklardan korunma, ruh ve beden sağlığı, uyku, fiziksel aktivite, beslenme ve hijyen gibi konuları kapsamaktadır (175). Bu eğitimler, riskli davranışların önlenmesini ve yaşam becerilerinin güçlendirilmesini hedeflemektedir. Özellikle öncelikli bir sorun haline gelen dijital oyun bağımlılığını önlemeye yönelik yapılan sağlık eğitimi programları, adölesanların sağlıkla ilişkili bilgi, tutum ve davranışlarında kalıcı ve olumlu değişimleri desteklemektedir (174). Bu yaklaşım, adölesan sağlığının geliştirilmesini destekleyerek dijital oyun bağımlılığıyla etkili mücadelede okul sağlığı hemşiresine anahtar bir rol atfetmektedir (143).

Dijital oyun bağımlılığının önlenmesine yönelik eğitiminde öncelikli hedeflerden biri, riskli gruplarda farkındalık oluşturmaktır. Bu kapsamda yürütülen farkındalık temelli sağlık eğitimlerinde, dijital teknolojilerin bilinçli ve dengeli kullanımı, dijital oyunların fiziksel, psikososyal ve akademik alanlarda yol açabileceği olası riskler ile baş etme stratejilerine yer verilmektedir (21,72). Dijital oyun bağımlılığını önlemeye yönelik sağlık eğitimlerinin, adölesanların gelişimsel özellikleri dikkate alınarak, kanıta dayalı ve aktif öğretim yöntemleriyle yürütülmesi gerekmektedir (143,176).

Okul sağlığı hemşiresi, ebeveynlere yönelik dijital ebeveynlik uygulamalarının geliştirilmesi, tarama ve yönlendirme süreçlerinde aktif rol almalıdır. Disiplinler arası iş birliğiyle dijital oyun bağımlılığını önlemeye yönelik politika ve projelere katkı sağlamalıdır (143). Toplum ve okul temelli ortamlarda, ayrıca dijital platformlar üzerinden ebeveynlere, okul personeline ve adölesanlara yönelik bilinçlendirme programları yürütmelidir (32,143).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın planlanması ve yürütülmesinde Girişimsel Klinik Araştırmalar için Standart Protokol Maddeleri: Öneriler (Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials, SPIRIT) rehberi esas alındı (177,178). Çalışmanın raporlandırılmasında Randomize Kontrollü Araştırmaların Raporlanmasına İlişkin Birleştirilmiş Standartlar (Consolidated Standards of Reporting Trials, CONSORT) 2025 kontrol listesi kullanıldı (179). Bu çalışma, Klinik Araştırmalar veri tabanına (Clinical Trial Number) NCT: 07002515 no ile kayıtlıdır.

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu çalışma, solomon dört kollu deneysel tasarımda yürütüldü. Çalışmada iki müdahale ve iki kontrol grubu yer aldı.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI ZAMAN VE YER ÖZELLİKLERİ

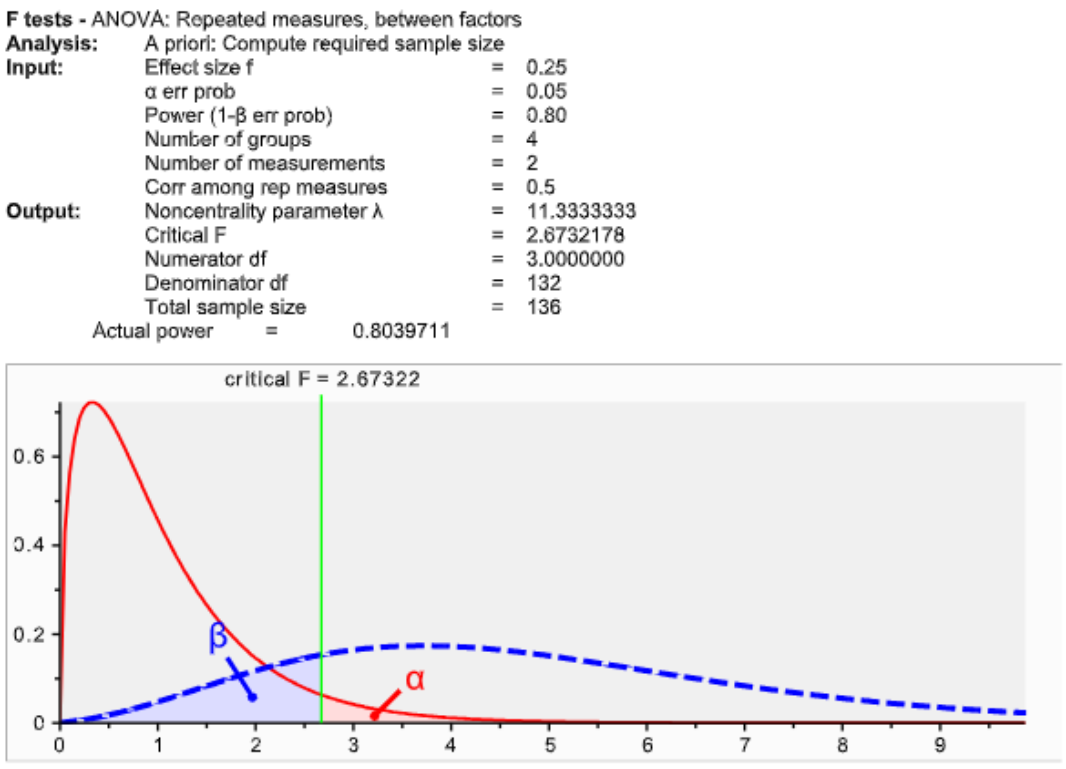
Bu araştırma, Şubat 2025-Haziran 2025 tarihleri arasında, Ankara İl Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı Etimesgut 15 Temmuz Şehitleri Ortaokulu'nda uygulandı. Araştırmanın uygulandığı okul, 810 öğrenci ve 67 öğretmen ile 09.00-15.30 saatleri arasında tam gün esasına dayalı olarak eğitim-öğretim faaliyetlerini sürdüren bir devlet okuludur. Okuldaki eğitim-öğretim faaliyetleri, Millî Eğitim Bakanlığı tarafından onaylanan öğretim programlarına göre yürütülmektedir. Türkiye genelindeki tüm devlet okullarında zorunlu olan bu programlar eğitim öğretim programının içeriğini belirler. Okul üç katlı bina düzenindedir. Okul bünyesinde 28 derslik bulunmakta olup; eğitim, sosyal ve kültürel etkinlikler için bir adet çok amaçlı toplantı salonu, bir adet kütüphane, bir adet bahçe ve bir adet kafeterya yer almakta, spor salonu ise bulunmamaktadır. Araştırma merkezinde, okul sağlığı hemşiresi bulunmamaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini, Etimesgut 15 Temmuz Şehitleri Ortaokulu'nda 2024-2025 eğitim öğretim yılı bahar döneminde 5., 6., 7. ve 8. sınıflarında öğrenim gören 810 öğrenci oluşturdu.

3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklem büyüklüğü istatistik uzmanı tarafından, G*Power V. 3.1.9.6 programı kullanılarak hesaplandı (Bkz. Şekil 3.1)(180). Örneklem büyüklüğü literatür doğrultusunda Cohen'in orta düzey etki büyüklüğü (f) esas alınarak hesaplandı (181,182). Buna göre etki büyüklüğü f=0,25 ve %80 güç, %95 güven düzeyi (1–α) ve tekrarlı ölçümlerde varyans analizi için dört kollu deneysel tasarım dikkate alınarak yapılan hesaplamada her bir grupta en az 34 katılımcı olmak üzere en az 136 katılımcının çalışmaya dahil edilmesi gerektiği belirlendi. Araştırma da veri kayıpları dikkate alınarak örneklem sayısı %18 artırıldı (181,182). Her grupta 40 olmak üzere toplamda 160 katılımcı ile çalışma yürütüldü (Bkz. Şekil 3.1). Araştırmanın örneklemi, Şubat 2025-Haziran 2025 Etimesgut 15 Temmuz Şehitleri Ortaokulu'nda öğrenim gören, araştırmaya katılmaya gönüllü olup imzalı veli onamı bulunan ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 160 katılımcıdan oluştu.



Şekil 3.1. Çalışmanın Güç Analizi

3.5. ARAŞTIRMANIN RANDOMİZASYONU

Bu çalışmada, katılımcılar iki deney ve iki kontrol grubuna randomize edildi. Katılımcıların randomizasyon işlemi R programında uzman bir istatistikçi tarafından yapıldı (183) (Şekil 3.2). Çalışmada, katılımcıların çalışma gruplarına homojen ve dengeli biçimde dağıtılmasını sağlamak amacıyla tabakalı blok randomizasyon yöntemi kullanıldı. Bu doğrultuda sınıf düzeyi tabakalama ölçütü olarak belirlendi ve 5., 6., 7. ve 8. sınıflar dört ayrı tabakayı oluşturdu. Her bir tabaka için, blok boyutu dört (A, B, C, D) olarak belirlendi. Böylece her blokta A, B, C ve D atama kodlarının her birine bir katılımcı olacak şekilde atama yapıldı. Tabakalı blok randomizasyon işleminde elde edilen listeye göre katılımcıların gruplara atanmasına ilişkin bilgilere Ek 1'de yer verildi (Bkz. Ek 1). Randomizasyon işleminden hemen önce "A", "B", "C" ve "D" atama kodlarının hangi çalışma grubunu temsil ettiği kapalı zarf ile yapılan kura yöntemi ile belirlendi. Çalışmada, kura sonucunda; "C" harfi ile Müdahale I grubunun, "A" harfi ile Kontrol I grubunun, "D" harfi ile Müdahale II grubunun ve "B" harfi ile Kontrol II grubunun temsil edildiği belirlendi. Araştırmacı tarafından, çalışmaya katılan katılımcıların kayıt listesi veli onam formlarının teslim edilme sırasına göre oluşturuldu. Katılımcılar kaydedilme sırasına göre Randomizasyon için hazırlanan listede yer alan katılımcı kodu listesine göre eşleştirildi. Randomizasyon listesinde, katılımcı kayıt numarası, katılımcı kodu ve o kodun karşılığında bulunan blok atama kodu ile çalışma grubu bilgileri yer aldı. Bu bilgiler uygulama yapan araştırmacıya doğrudan verilmedi. Katılımcı kodları, gizlilik ilkesine uygun olarak araştırma sürecine doğrudan dahil olmayan bir öğretim üyesi tarafından, katılımcıların araştırma kayıt sırası ile dijital ortamda oluşturulan katılımcı kodları eşleştirilerek belirlendi. Takiben aynı öğretim üyesi tarafından katılımcı kodunu bir zarfın üzerine, ilgili atama kodunu zarfın içine yazarak, zarfı tabakalara göre numaralandırılarak kapattı. Araştırmacı katılımcıların hangi gruba atandıklarını, veri toplama sürecinden hemen öncesinde, katılımcı kodlarının yer aldığı zarfları açarak öğrendi.

	Müdahale I	Müdahale II	Kontrol I	Kontrol II	Blok sayısı (A-D)
5. sınıf	10	10	10	10	10
6. sınıf	10	10	10	10	10
7. sınıf	10	10	10	10	10
8. sınıf	10	10	10	10	10
Toplam	40	40	40	40	-
Örneklem Büyüklüğü = 160					

Şekil 3.2. Çalışma Gruplarının Tabakalı Blok Randomizasyonu

3.6. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE EDİLMEME VE ARAŞTIRMADAN ÇIKARILMA KRİTERLERİ

3.6.1. Araştırmaya Dahil Edilme

- Araştırmanın yürütüldüğü merkezde, eğitim ve öğretime devam eden
- Cep telefonu/tablet/bilgisayar/oyun konsolu vb. dijital araca sahip olan ve dijital oyun oynayan,
- Velisinin imzalı gönüllü onamı olan,
- Araştırmaya davet edildikten sonraki iki hafta içinde imzalı veli onam formunu araştırmacıya teslim eden,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan adölesanlar çalışmaya dahil edildi.

3.6.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan,
- Dil ve konuşma güçlüğü vb. psikiyatrik ya da eğitsel açıdan güçlüğü olan,
- Türkçe yazılı sözlü iletişim sorunu olan adölesanlar dahil edilmedi.

3.6.3. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Araştırmadan ayrılma isteğinde bulunan,
- Sağlık eğitiminin en az bir oturumuna katılmayan adölesanların araştırmadan çıkarılmasına karar verildi.

3.7. ARAŞTIRMANIN KÖRLENMESİ VE YANLILIĞIN ÖNLENMESİ

Bu çalışmada, müdahalenin eğitim temelli olması nedeniyle, müdahalenin doğası gereği katılımcıların ve uygulayıcıların körlenmesi mümkün değildi. Çalışma süresince randomizasyon yapıldıktan sonra, müdahale başlamadan önce katılımcılara ve velilerine sadece kendi gruplarında uygulanacak müdahale prosedürlerine ilişkin bilgi verildi. Diğer çalışma gruplarında yürütülen müdahalelerin içeriğine dair herhangi bir bilgilendirme yapılmadı. Bu çalışmada tabakalı blok randomizasyon yöntemi kullanılarak katılımcılar gruplara atandı böylece çalışmada seçim yanlılığının önlenmesi amaçlandı. Randomizasyon listesi dijital bir programda istatistik uzmanı tarafından oluşturuldu. Katılımcı araştırmaya kaydedildikten sonra araştırmacı ilgili zarfı açarak katılımcıyı hangi gruba atayacağını öğrendi. Rapor yazımında tarafsızlığı sağlamak için veri seti çalışma ekibinde yer almayan alanında uzman bir istatistikçi tarafından analiz edildi.

3.8. ARAŞTIRMADA KULLANILAN FORMLAR

Bu çalışmada, veri toplama formları ile eğitim materyalleri kullanıldı.

3.8.1. Veri Toplama Formları

Çalışma verileri; araştırmacılar tarafından konuya ilişkin ilgili literatür incelenerek (24,123,131,138,184,185) oluşturulan “Veri Toplama Formu” ve “Kısa Form” aracılığıyla toplandı.

3.8.1.1. Veri Toplama Formu: Veri Toplama Formu çalışmanın başlangıcında, Müdahale I (O1) ile Kontrol I (O3) grubuna ön test; çalışmanın sonunda ise Müdahale II (O5) ile Kontrol II (O6) grubuna son test olarak uygulandı (Bkz. Şekil 3.3). Veri Toplama Formunda; “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Çocuklar için Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği” ve “Adölesan Sağlığı Geliştirme Ölçeği” yer aldı (Bkz. Ek 2).

	Ön Test	Müdahale	Son Test
Müdahale I	**O1** ***Veri Toplama Formu***: Tanıtıcı Bilgi Formu, ÇİDOBÖ, ASGÖ	Evet	**O2** ***Kısa Form:*** ÇİDOBÖ, ASGÖ
Kontrol I	**O3** ***Veri Toplama Formu***: Tanıtıcı Bilgi Formu, ÇİDOBÖ, ASGÖ	Hayır	**O4** ***Kısa Form:*** ÇİDOBÖ, ASGÖ
Müdahale II	-	Evet	**O5** ***Veri Toplama Formu***: Tanıtıcı Bilgi Formu, ÇİDOBÖ, ASGÖ
Kontrol II	-	Hayır	**O6** ***Veri Toplama Formu:*** Tanıtıcı Bilgi Formu, ÇİDOBÖ, ASGÖ

Şekil 3.3. Araştırmanın Ön Test-Son Test Tasarımı

3.8.1.1.1. Tanıtıcı Bilgi Formu: Bu formda katılımcıların; cinsiyeti, doğum yılı, sınıfı, anne ve babanın çalışma durumu, gelir durumu, akademik başarı durumu gibi sosyodemografik özellikleri ile ilgili 10 soru, dijital teknoloji kullanım özellikleri, dijital oyun oynayan ebeveyn/kardeş/arkadaş varlığı, genel sağlık algısı ve sağlık alışkanlıkları ile ilgili 10 soru yer aldı. Katılımcıların uyku kalitesi ve yeterli dengeli beslenme durumu ile ilgili özdeğerlendirmeleri için iki soruda "0=Çok kötü" ile "10=Çok iyi" aralığındaki Görsel Analog Ölçek (VAS) kullanıldı (14,21,69,131,160).

3.8.1.1.2. Çocuklar için Dijital Oyun Bağımlılık Ölçeği (ÇİDOBÖ): Ölçek, Hazar ve Hazar (2017) tarafından 10-14 yaş aralığındaki çocuklarda dijital oyun bağımlılığı düzeylerini belirlemek için geliştirilmiştir (24). Bu ölçek, dört alt boyut ve 24 maddeden oluşmaktadır. Alt boyutlar: dijital oyun oynamaya yönelik aşırı odaklanma ve çatışma (5., 6., 7., 10., 13., 14. ve 23. maddeler), oyun süresinde tolerans gelişimi ve oyuna yüklenen değer (1., 3., 11., 16., 18., 21. ve 24. maddeler), bireysel ve sosyal görevlerin/ödevlerin ertelenmesi (12., 15., 17., 19., 20. ve 22. maddeler) ve yoksunluğun psikolojik-fizyolojik yansıması ve oyuna dalma (2., 4., 8. ve 9.maddeler) olarak sıralanmaktadır. Ölçekte her bir madde "1=Kesinlikle Katılmıyorum", "2=Katılmıyorum", "3=Kararsızım", "4=Katılıyorum" ve "5=Tamamen Katılıyorum" şeklinde 5'li Likert tarzında derecelendirilmektedir (24). Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan "24" en yüksek puan "120"dir. Ölçek puanları; "1-24 puan: Normal grup, 25-48 puan: Az riskli grup, 49-72 puan: Riskli grup, 73-96 puan: Bağımlı grup, 97-120 puan: Yüksek düzeyde bağımlı

grup" şeklindeki kesme noktalarına göre sınıflandırılmaktadır. Ölçeğin Türkçe versiyonunda toplam ölçek için Cronbach α değeri 0,90 olarak bildirilmektedir (24)(Bkz. Ek 2).

3.8.1.1.3. Adölesan Sağlığı Geliştirme Ölçeği (ASGÖ): Ölçek, Chen ve ark.'ları tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir (186). Ölçeğin, Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları Ortabağ ve ark. (2011) ile Bayık Temel ve ark. (2011) tarafından yapılmış olup her iki çalışmada da ölçeğin Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçek olarak kullanılabileceği belirtilmiştir (185,187). Bu ölçek, 40 madde ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar: beslenme (1-6. maddeler), kişiler arası destek (7-13. maddeler), sağlık sorumluluğu (14-21. maddeler), kendini gerçekleştirme (22-29. maddeler), egzersiz (30-34. maddeler), stres yönetimi (35-40. maddeler) olarak sıralanmaktadır. Ölçek maddeleri "1=Hiçbir zaman", "2=Bazen", "3=Genellikle", "4=Sık sık" ve "5=Her zaman" şeklinde 5'li Likert tipinde derecelendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan "40", en yüksek puan "200"dür. Ölçekten alınan yüksek puanlar, sağlığı geliştirme davranışlarının olumlu olduğunu yansıtmaktadır. Ortabağ ve ark'ları ASGÖ toplam Cronbach α değeri 0,92 olarak bildirilmektedir (Bkz. Ek 2) (185).

3.8.1.2. Kısa Form: Çalışmada kullanılan Kısa Form, araştırmanın sonunda Müdahale I (O2) ve Kontrol I (O4) grubuna uygulanan son testtir (Bkz. Ek 2). Bu formda katılımcıların; uyku kalitesi ve yeterli dengeli beslenme durumu ile ilgili özdeğerlendirmeleri için iki soruda "0=Çok kötü" ile "10=Çok iyi" aralığında derecelendirilen Görsel Analog Ölçek (VAS) kullanıldı. Bu formda da ÇİDOBÖ ve ASGÖ'ye yer verildi.

3.8.2. Sağlık Eğitimi Materyalleri

Çalışma kapsamında yapılan sağlık eğitimlerinde eğitim materyali olarak power point sunusu ile basılı broşür kullanıldı. Eğitim materyallerin içeriği oluşturulurken, katılımcıların dijital oyun bağımlılığı ve sağlığı geliştirme davranışları ile ilgili bilgi gereksinimlerinin karşılanması, güvenli ve sınırlı dijital oyun oynama davranışları ile sağlığı geliştirici davranışlara motive edilmeleri ve olumsuz davranışlarının yerlerine yeni ve sağlıklı davranışlar kazandırılması amaçlandı. Bu amaçlar doğrultusunda, konu

ile ilgili uluslararası ve ulusal rehberler ile literatür incelendi (48,131,149,163). Ayrıca, ülkemizde çeşitli resmi kurumlar tarafından hazırlanmış olan "Bilişim Teknolojilerinin Bilinçli, Güvenli, Etkin Kullanımı" ve "Çocukların Dijital Risklerden Korunmasında Ebeveyn Rehberi", "Teknoloji Canavara Dönüşmeden! Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı" ile "Teknoloji Bağımlılığı" eğitim sunumları ve broşürler incelendi (131,163,165,168,188–193). Literatür incelemesi sonucunda, çalışmanın müdahalesi olan sağlık eğitimlerinin "Dijital Oyun Bağımlılığını Önlemeye Yönelik Sağlık Eğitimi" ve "Sağlığı Geliştirme" (Ek 7) başlıklı eğitim içerikleri belirlendi (48,60,69,131).

Dijital Oyun Bağımlılığını Önlemeye Yönelik Sağlık Eğitimi sunusu içeriği;

- Dijital oyun bağımlılığı kavramı
- Dijital oyun bağımlılığı oranları
- Dijital oyunlar ve sınıflandırılması
- Dijital oyunların olumlu ve olumsuz etkileri
- Güvenli dijital oyun oynama ilkeleri
- Dijital oyun bağımlılığının belirtileri ve risk faktörleri
- Dijital oyun bağımlılığının yol açtığı sağlık sorunları
- Dijital oyun bağımlılığı ile baş etme yöntemleri
- Dijital oyun bağımlılığının önlenmesi ve sağlıklı dijital oyun davranışlarının kazandırılması,
- Dijital oyun bağımlılığını önlemeye yönelik bireysel baş etme planı
- Bilgi ve iletişim teknolojilerinin doğru, etkin ve güvenilir kullanılması
- Dijital oyun bağımlılığında sağlığı geliştirmenin önemi ve yaklaşımı ana başlıklarından oluşturuldu.

Sağlığın Geliştirmesine yönelik hazırlanan sağlık eğitimi sunusunun içeriği;

- Adölesan dönem ve özellikleri,
- Sağlığı geliştirme kavramı,
- Adölesan dönemde sağlığı geliştirme
- Fiziksel aktivite kavramı ve önemi
- Beslenme, yeterli ve dengeli beslenme kavramları ve önemi,

- Sağlıklı ve kaliteli uyku kavramı ve önemini,
- Stres kavramı ve stresin etkileri
- Stres ile baş etme,
- Sağlıklı kişilerarası ilişkiler,
- Sağlık sorumluluğu,
- Adölesanlarda sağlığı geliştirme davranışlarını sürdürmenin önemi başlıklarından oluştu.

Sağlık eğitimi broşürünün içeriği eğitim sunularının özeti niteliğinde basılı materyal olarak hazırlandı (Ek 8). Eğitim broşürü, yapılan sağlık eğitimini destekleyici ve hatırlatıcı nitelikteydi. Broşürün içeriğinde yer alan başlıklar;

- Dijital oyun bağımlılığı ve belirtileri,
- Dijital oyun bağımlılığının yol açtığı sağlık sorunları
- Dijital oyun bağımlılığı ile baş etme
- Adölesan dönem
- Adölesan dönemde sağlığı geliştirme, şeklinde sıralandı.

Çalışmada kullanılan eğitim materyallerinin içeriği ve yaş grubu özelliğine göre uygunluğu, Halk Sağlığı Hemşireliği alanından dört, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanından iki ve Psikiyatri Hemşireliği alanından iki öğretim üyesi tarafından niteliksel olarak değerlendirildi. Uzmanların geri bildirimlerine göre düzeltmeler yapılarak eğitim materyallerine son şekli verildi.

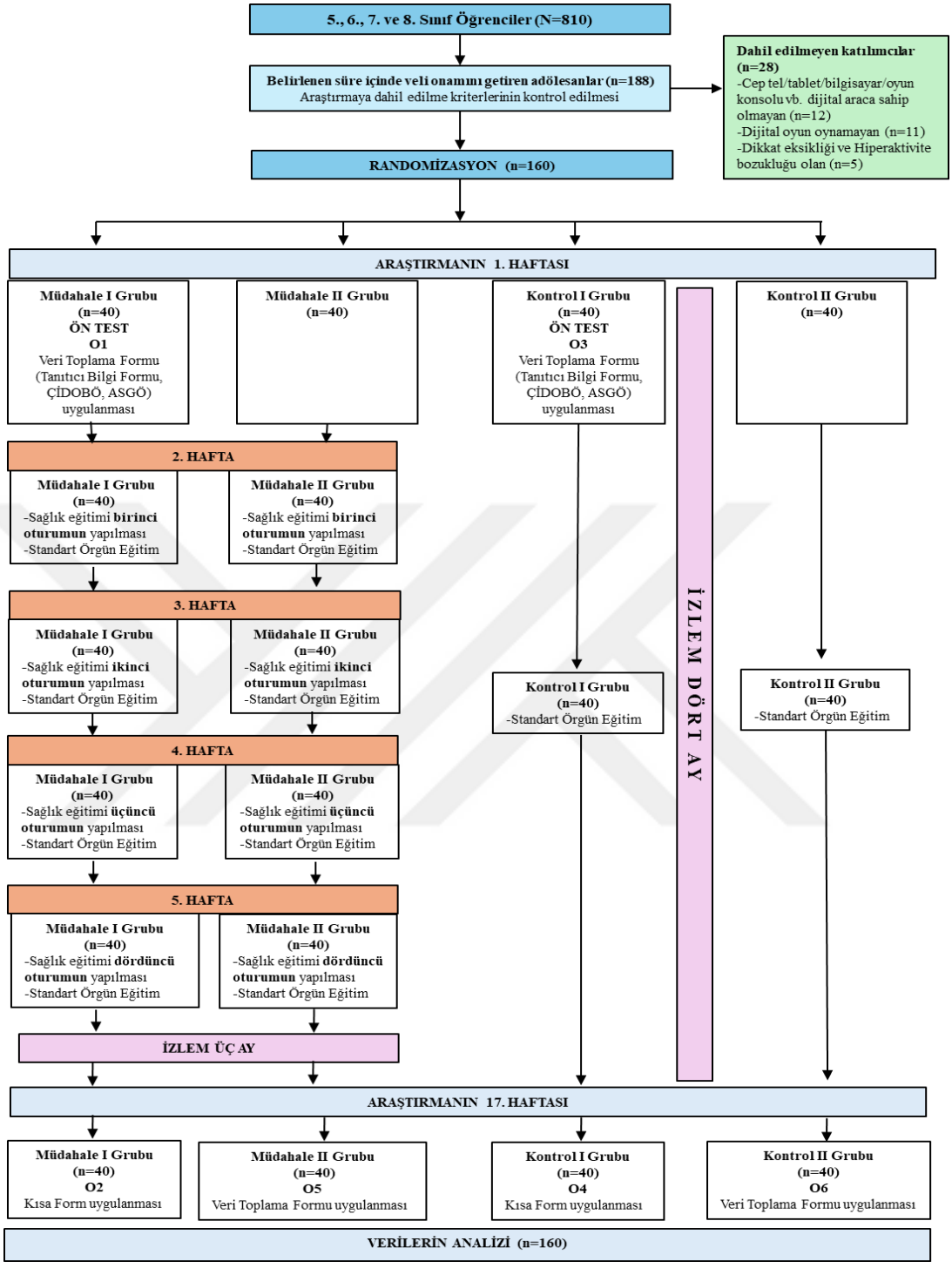
3.9. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

3.9.1. Araştırmanın Ön Uygulaması

Çalışmada kullanılan veri toplama formlarının ve eğitim materyallerinin anlaşılırlığını kontrol etmek amacıyla araştırma grubunda yer almayan her sınıf düzeyinden üç olmak üzere toplam 12 adölesana ön uygulama yapıldı. Ön uygulama sonucunda veri toplama formlarının ve eğitim materyallerinin anlaşılır olduğuna karar verildi ve herhangi bir düzeltmeye gereksinim duyulmadı.

3.9.2. Araştırmanın Uygulanması

Uygulamadan önce, çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan adölesanlara sağlıklı yaşam ile ilgili bir çalışma yapılacağı ve bu süreçte anket doldurabilecekleri ve/veya bazı etkinliklere katılabilecekleri gibi araştırmanın prensiplerine ilişkin genel bir bilgilendirme yapıldı. Araştırmaya katılmaya gönüllü olduğunu sözel olarak beyan eden adölesanların ebeveynlerine veli onam formu gönderildi ve geri dönüş için iki hafta süre belirlendi. Araştırmacıya imzalı veli onam formunu belirlenen süre içinde sıra ile teslim eden adölesanlar için çalışmaya kayıt listesi oluşturuldu. Kayıt listesi her bir sınıf düzeyi için ayrı ayrı hazırlandı. Adölesanlar liste sırası ile blok atama kodlarına göre eşleştirilerek tabakalı blok randomizasyon yöntemi ile çalışma gruplarına atandı. Çalışma grupları; Solomon dört kollu tasarım ilkesine göre "Müdahale I", "Müdahale II", "Kontrol I" ve "Kontrol II" olarak adlandırıldı. Çalışmaya dahil edilen ve müdahale gruplarına atanan katılımcıların velilerine telefonla ulaşılarak, sadece katılımcının atandığı gruba ilişkin araştırma prosedürü hakkında daha ayrıntılı bir bilgilendirme yapıldı, veli onamı tekrar değerlendirildi. Açıklamanın ardından, tüm veliler onamlarının geçerli olduğunu sözlü olarak bir kez daha ifade ettiler. Çalışmanın akış şeması Şekil 3.4'de yer almaktadır. Okul yönetimi ile iş birliği yaparak gruplara atanan öğrencilerin ders programlarına göre uygun gün ve ders saatlerine göre uygulama planı oluşturuldu. Belirlenen bu planlama doğrultusunda araştırmanın uygulama süreci başlatıldı.



Şekil 3.4. Araştırmanın Akış Şeması

3.9.2.1. Müdahale I Grubu:

Çalışmada Müdahale I grubunda yer alan katılımcılara uygulamanın birinci haftasında Veri Toplama Formu ön test (O1) olarak uygulandı. Ön test, çok amaçlı eğitim salonunda okul yönetiminin belirlediği tarihte, bir ders saati süresince (40 dk) araştırmacının gözlemi altında uygulandı. Katılımcılara, araştırmanın amacı ve süreci hakkında bilgilendirme yapıldı. Bilgilendirmenin ardından katılımcılara veri toplama formları dağıtıldı. Katılımcıların formun doldurulmasına ilişkin soruları, yönlendirme yapılmaksızın açıklandı. Ön testin uygulanmasını takip eden ikinci, üçüncü, dördüncü ve beşinci haftalarda standart örgün eğitimin yanı sıra Müdahale I gruptaki katılımcılara hafta bir defa olmak üzere toplam dört oturumda sağlık eğitimi yapıldı. Sağlık eğitimi bu çalışma kapsamında standardize edilen "Sağlık Eğitimi Uygulama Programı" doğrultusunda yürütüldü. Sağlık eğitimlerinde görsel ve basılı eğitim materyalleri kullanıldı (Ek 8). Eğitimlerde, katılımcıların bilişsel gelişim özellikleri de dikkate alınarak aktif eğitim yöntemleri kullanıldı (Bkz. Şekil 3.5. Sağlık Eğitimi Uygulama Programı). Sağlık eğitimleri grup eğitimi şeklinde verildi ve her bir oturum 40 dakika ile sınırlandırıldı. Sağlık eğitimi oturumları tamamlandıktan sonra, üç ay süre ile izlem yapıldı ve 17. haftada Müdahale I grubunda yer alan katılımcılara son test olarak Kısa Form (O2) uygulandı. Müdahale I grubundaki katılımcılarla dördü sağlık eğitimi oturumu olmak üzere toplam altı kez görüşüldü (Şekil 3.4. Araştırma Akış Şeması).

3.9.2.2. Müdahale II Grubu:

Müdahale II grubu için okul yönetimi ile karar verilen uygun gün ve ders saatinde sağlık eğitimi oturumları planlandı. Müdahale II grubunda yer alan katılımcılara, ön test yapılmadı. Bu gruptaki katılımcılara standart örgün eğitimin yanı sıra ikinci, üçüncü, dördüncü ve beşinci haftalarda, haftada bir defa olmak üzere toplam dört oturumda sağlık eğitimi yapıldı. Sağlık eğitimi bu çalışma kapsamında standardize edilen "Sağlık Eğitimi Uygulama Programı" doğrultusunda yürütüldü (Bkz. Şekil 3.5). Bu gruba verilen sağlık eğitimlerin her oturumu Müdahale I grubuna yapılan eğitimlerle aynı şekilde yürütüldü. Sağlık eğitimleri grup eğitimi şeklinde verildi ve her bir oturum 40 dakika ile sınırlandırıldı. Sağlık eğitimi oturumları tamamlandıktan sonra üç ay süresince izlem yapıldı ve araştırmanın 17. haftasında Müdahale II grubunda yer alan

katılımcılara son test olarak Veri Toplama Formu (O5) uygulandı. Bu gruptaki katılımcılarla toplam beş defa görüşüldü.

3.9.2.3. Kontrol I Grubu:

Kontrol I grubunda yer alan katılımcılara uygulamanın birinci haftasında, Veri Toplama Formu ön test (O3) olarak uygulandı. Kontrol I grubundaki katılımcılar, çalışma süresince örgün eğitim kapsamında yer alan sağlığı geliştirme ve dijital teknolojiler ile ilgili konularda standart örgün eğitimi almaya devam ettiler. Bu çalışmada standart örgün eğitim kavramı; Milli Eğitim Bakanlığı'nın 5., 6., 7. ve 8. sınıflar için belirlediği zorunlu ders müfredatıdır. Bu sınıflarda öğrenciler, sağlığı geliştirmeye yönelik kazanımların bilişsel ve davranışsal temelini Beden Eğitimi ve Spor dersleri aracılığıyla edinmektedir. Bununla birlikte, kişisel farkındalık, stresle baş etme, riskli davranışlardan kaçınma ve duygusal farkındalık gibi konular Rehberlik danışmanlık hizmeti kapsamında öğrencilere sunulmaktadır. Öğrencilere Bilişim Teknolojileri ve Yazılım dersinde dijital teknolojiyi bilinçli, güvenli ve etik kullanma becerilerini kazandırmak amaçlanmaktadır. Sosyal Bilgiler dersinde "dijital vatandaşlık", "teknoloji bağımlılığı", "siber zorbalık" gibi konular ele alınmaktadır. Araştırma sürecinde, Kontrol I grubunda yer alan katılımcılara örgün öğretim dışında herhangi bir ek müdahale yapılmadı. Kontrol I grubundaki katılımcılarla araştırmanın 17. haftasında son test olarak Kısa Form (O4) uygulandı. Bu gruptaki katılımcılarla araştırma sürecinde toplam iki kez görüşüldü. Araştırmanın tamamlanmasının ardından, veli onamı olan gönüllü katılımcılara iki oturumda sağlık eğitimi uygulandı (Şekil 3.4. Araştırma Akış Şeması).

3.9.2.4. Kontrol II Grubu

Kontrol II grubunda yer alan katılımcılara çalışmanın başlangıcında, ön test uygulanmadı. Kontrol II grubundaki katılımcılar, çalışma süresince örgün eğitim kapsamında yer alan sağlığı geliştirme ve dijital teknolojiler ile ilgili konularda standart örgün eğitim almaya devam ettiler. Araştırma sürecinde, Kontrol II grubunda yer alan katılımcılara standart örgün eğitim dışında herhangi bir ek müdahale yapılmadı. Araştırmanın 17. haftasında Kontrol II grubundaki katılımcılara Veri Toplama Formu son test (O6) olarak uygulandı. Araştırmanın tamamlanmasının ardından veli onamı olan gönüllü katılımcılara iki oturumda sağlık eğitimi uygulandı (Bkz. Şekil 3.4. Araştırma Akış Şeması).

SAĞLIK EĞİTİMİ UYGULAMA PROGRAMI

1. OTURUM

Konu: Dijital Oyun Bağımlılığı

Eğitimin amacı: Katılımcılarda;

- Dijital oyun bağımlılığı konusunda bilgi gereksinimini karşılamak
- Dijital oyun bağımlılığı konusunda farkındalık oluşturmak.

Eğitimin süresi: 40 dk

Süre	Hedef	Eğitim Yöntemi	Eğitim Materyalleri	İçerik	Değerlendirme
0-5 dk **5-10 dk** **10-15 dk** **15-25 dk** **25-40 dk**	• Dijital oyun bağımlılığı kavramını açıklayabilmek • Dijital oyunların sınıflandırma ilkelerinden iki tanesini açıklayabilmek • Güvenli dijital oyun oynama kriterlerinden en az üç tanesini sayabilmek • Dijital oyunların olumlu ve olumsuz etkilerinden en az üç tanesini sayabilmek • Güvenli dijital oyun oynama ilkelerinden en az beş tanesini sayabilmek	• Düz anlatım • Münazara • Dinleme • Örnek resim gösterimi • Video gösterimi • Soru cevap • Özetleme	• Bilgisayar/Tablet • Bilgi sunum materyalleri (Broşür, PowerPoint sunumu)	• Katılımcıları selamlama • Eğitimin içeriği ve süresi hakkında bilgilendirme, • Sürece ilişkin bireysel amaç belirleme • Dijital teknoloji ve hissettiklerimiz • Dijital oyun bağımlılığı tanımı • Dünyada ve ülkemizde bağımlılık oranları • Dijital oyunların sınıflandırılması • Dijital oyunların olumlu ve olumsuz etkileri • Güvenli dijital oyun oynama ilkeleri • Oturumu özetleme ve değerlendirme	Beyin Fırtınası Soru cevap

Şekil. 3.5. Sağlık Eğitimi Uygulama Programı

2. OTURUM

Konu: Dijital Oyun Bağımlılığı ile Baş Etme Yöntemleri

Eğitimin amacı:

- Dijital oyun bağımlılığı belirtilerini ve yol açtığı sağlık sorunlarını bilmek.
- Dijital oyun bağımlılığı ile baş etme yöntemlerini kavramak.

Eğitimin süresi: 40 dk

Süre	Hedef	Eğitim Yöntemi	Eğitim Materyalleri	İçerik	Değerlendirme
0-5 dk **5-15 dk** **15-25 dk** **25-40 dk**	• Dijital oyun bağımlılığının belirtilerinden en az üç tanesini sayabilmek • Dijital oyun bağımlılığı risk faktörlerinden en az üç tanesini sayabilmek • Dijital oyun bağımlılığının yol açtığı sağlık sorunlarından en az üç tanesini sayabilmek • Dijital oyun bağımlılığı ile baş etme ve korunma yöntemlerinden en az üç tanesini sayabilmek	• Düz anlatım • Örnek resim gösterimi • Altı şapkalı düşünme tekniği • Soru cevap • Özetleme	• Bilgisayar/Tablet • Bilgi sunum materyalleri (Broşür, Eğitim kitapçığı, PowerPoint sunumu)	• Katılımcıları selamlama • Dijital bağımlılık belirtileri • Dijital oyun bağımlılığı risk faktörleri • Dijital oyun bağımlılığının yol açtığı sağlık sorunları • Dijital oyun bağımlılığı ile baş etme yöntemleri • Dijital oyun bağımlılığından korunma yöntemleri • Oturumu özetleme ve değerlendirme	• Beyin Fırtınası • Soru cevap

Şekil. 3.5. Sağlık Eğitimi Uygulama Programı (Devamı)

3. OTURUM

Konu: Sağlığı Geliştirme

Eğitimin amacı:
- Sağlığı geliştirme konusunda bilgi gereksinimini karşılamak
- Sağlığı geliştirmenin önemini kavramak

Eğitimin süresi: 40 dk

Süre	Hedef	Eğitim Yöntemi	Eğitim Materyalleri	İçerik	Değerlendirme
0-5 dk **5-15 dk** **15-20 dk** **20-35 dk** **35-40 dk**	• Adölesan dönemin özelliklerinden en az üç tanesini sayabilmek • Adölesan dönemde yaşanan değişimlerinden en az üç tanesini sayabilmek • Adölesan dönemde sağlığı geliştirmenin önemini açıklayabilmek • Fiziksel aktivitenin önemini anlamak • Fiziksel aktivitenin yararlarından en az üç tanesini sayabilmek • Beslenme, yeterli ve dengeli beslenme kavramını ve önemini açıklayabilmek • Sağlıklı ve kaliteli uyku düzeninin önemini açıklayabilmek • Stres kavramı ve sağlığa etkilerini açıklayabilmek • Stres ile baş etme yöntemlerinden en az üç tanesini sayabilmek • Sağlıklı kişilerarası ilişkilerin önemini kavrayabilmek • Sağlık sorumluluğu kavramını açıklayabilmek	• Düz anlatım • Dinleme • Örnek resim gösterimi • Video gösterimi • Soru cevap • Özetleme	• Bilgisayar/Tablet • Bilgi sunum materyalleri (Broşür, PowerPoint sunumu)	• Katılımcıları selamlama • Adölesan dönem ve özellikleri • Adölesan dönemde görülebilecek değişiklikler • Adölesan dönem ve sağlığı geliştirme • Adölesanlarda öncelikli sağlığı geliştirme alanları • Fiziksel aktivitenin tanımı • Fiziksel aktivitenin yararları • Fiziksel aktivite şiddeti ve süresi • Beslenme, yeterli ve dengeli beslenme kavramları ve önemi • Sağlıklı ve kaliteli uyku düzeninin önemini • Uyku hijyeni • Stres kavramı ve stresin etkileri • Stres ile baş etme • Sağlıklı kişilerarası ilişkiler • Sağlık sorumluluğu • Oturumu özetleme ve değerlendirme	• Soru cevap • Beyin Fırtınası

Şekil. 3.5. Sağlık Eğitimi Uygulama Programı (Devamı)

4. OTURUM

Konu: Dijital Oyun Bağımlılığı ile Baş etme Strateji Planı

Eğitimin amacı:

- Dijital oyun bağımlılığı önlemeye yönelik bireysel baş etme strateji planını oluşturmak
- Dijital oyun bağımlılığı önlemeye yönelik bireysel baş etme strateji planını uygulamak.

Eğitimin süresi: 40 dk

Süre	Hedef	Eğitim yöntemi	Eğitim materyalleri	İçerik	Değerlendirme
0-5 dk **5-10 dk** **10-20 dk** **20-30 dk** **30-40 dk**	• Dijital oyun bağımlılığını önlemeye yönelik bireysel baş etme stratejisi planı oluşturabilmek • Dijital oyun bağımlılığı ile mücadeleyi sağlıklı bir şekilde yönetme ve sürdürmenin önemini açıklayabilmek • Dijital oyun bağımlılığıyla baş etmede öz-denetim ve sorumluluk bilinci geliştirebilmek • Dijital oyun bağımlılığında sağlığı geliştirmenin önemini açıklayabilmek • Adölesanlarda sağlığı geliştirme davranışlarını sürdürmenin önemini açıklayabilmek • Dijital teknolojilerin doğru, etkin ve güvenilir kullanabilmek • Güvenli dijital oyun oynama ilkelerinden üç tanesini sayabilmek	• Düz anlatım • Dinleme • Örnek resim gösterimi • Soru cevap • Özetleme	• Bilgisayar/Tablet • Bilgi sunum materyalleri (Broşür, PowerPoint sunumu)	• Katılımcıları selamlama • Kendini ödüllendirmenin önemi • Dijital oyun bağımlılığını önlemeye yönelik bireysel baş etme stratejisi planı ve aşamaları, • Dijital oyun bağımlılığını önlemeye yönelik bireysel baş etme stratejisi planı hazırlama • Dijital oyun bağımlılığı ile mücadeleyi sağlıklı bir şekilde yönetme ve sürdürmenin önemi Yapılan eğitimlerin tekrar edilmesi; • Dijital oyun bağımlılığında sağlığı geliştirmenin önemi ve yaklaşımı • Adölesan dönemde sağlığı geliştirme • Adölesanlarda sağlığı geliştirme davranışlarını sürdürmenin önemi • Dijital teknolojilerinin doğru, etkin ve güvenilir kullanılması • Güvenli dijital oyun oynama ilkeleri • Oturumu özetleme ve değerlendirme	• Soru cevap • Kişisel strateji planı • Beyin Fırtınası

Şekil. 3.5. Sağlık Eğitimi Uygulama Programı (Devamı)

3.10. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmanın bir tez çalışması olması nedeniyle öncelikle, SBÜ Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü'nden tez önerisi kabul kararı (Bkz. Ek 3) alındı. Takiben, Gülhane Tıp Fakültesi İlaç Dışı Klinik Uygulamalar Etik Kurul'undan "Etik Onay" (Karar No: 07.01.2025- 2025/29) (Bkz. Ek 5), Ankara İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden uygulama izni (Bkz. Ek 4) alındı. Araştırmada kullanılan ÇİDOBÖ ve ASGÖ sorumlu yazarlarından e-posta ile ölçek kullanım izni alındı (Bkz. Ek 9). Çalışmaya katılmaya gönüllü olan adolesanlar ve ebeveynlerine katılımın tamamen gönüllülük esasına dayandığı, herhangi bir baskı veya zorlama içermediği, araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan ayrılabileceği, çalışma süresince araştırmacı tarafından anketler ve/veya bazı etkinlikler yapılabileceği gibi hususlarda araştırmanın genel prensipleri ile ilgili bir bilgilendirme yapıldı. Bu bilgilendirmenin ardından adölesanlardan sözel onam alınırken velilerden imzalı Veli Onam Formu alındı. İmzalı Veli Onam formlarının teslim edilmelerini müteakip katılımcılar gruplara randomize edildi. Randomizasyon ile katılımcı grubuna atandıktan sonra ve henüz müdahale süreci başlamadan önce, çocuğu müdahale grubunda olan velilere telefonla ulaşılarak, sadece katılımcının atandığı gruba ilişkin araştırma prosedürü hakkında daha ayrıntılı bir bilgilendirme yapıldı, veli onamı tekrar değerlendirildi. Bu bilgilendirmede veliler sadece kendi çocuklarının gruplarına yapılacak müdahale hakkında bilgi sahibi oldu, diğer gruplar hakkında bilgi verilmedi. Görüşmenin sonunda tüm veliler imzalı onam formlarının geçerli olduğunu sözel olarak beyan ettiler. Araştırmacı tarafından velilerin imzalı onamlarının geçerli olduğuna ilişkin sözel geri bildirimleri alındı (Bkz. Ek 10).

3.11. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

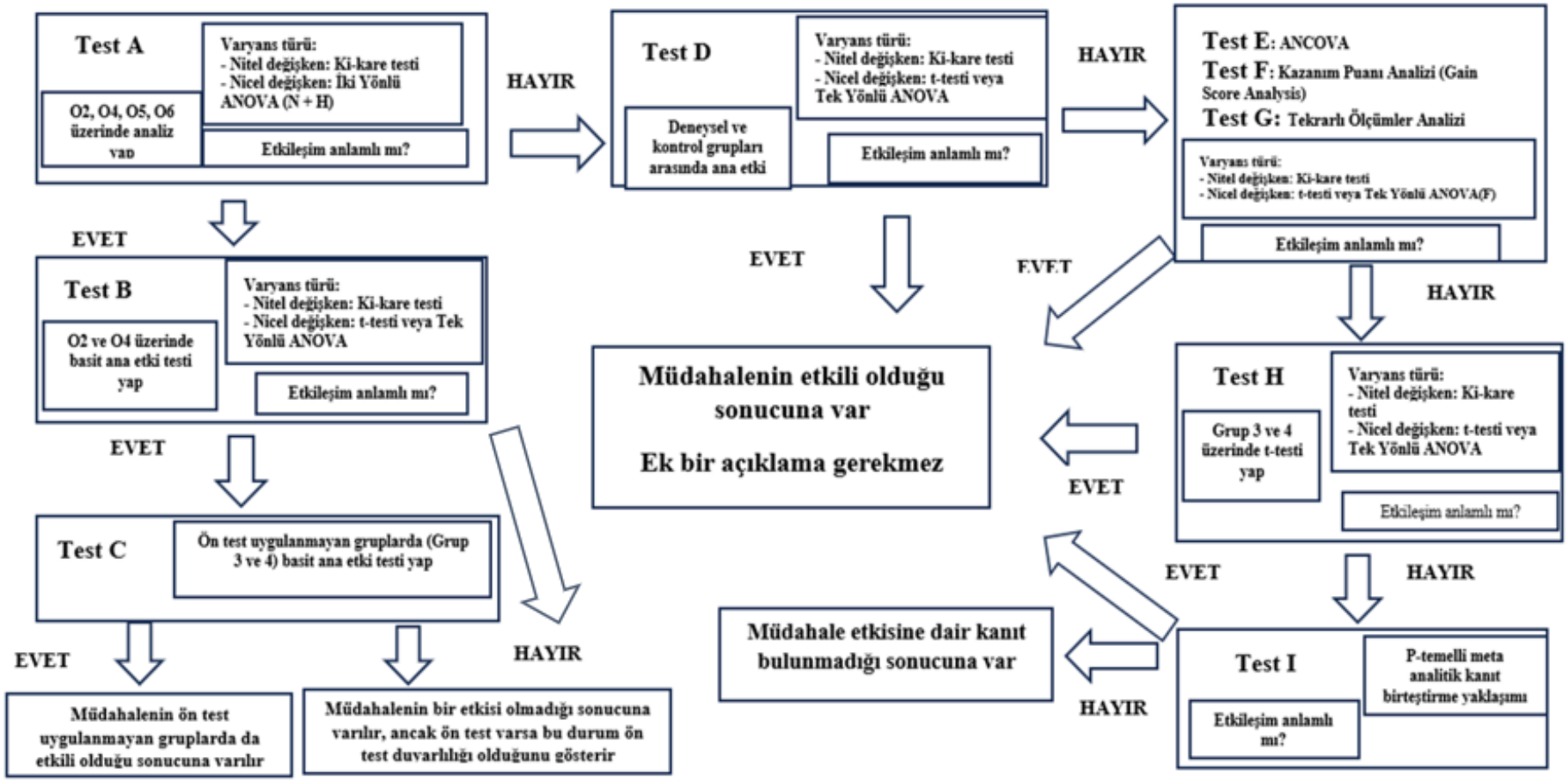
Çalışmada elde edilen Veriler IBM SPSS Version 23, R istatistik programı (Version 4.5.1), Jamovi Version 2.6.17 ile analiz edildi. Normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk Testi ile incelendi. Nicel değişkenlerin gösteriminde Ortanca (Minimum–Maksimum) ve Ortalama±Standart Sapma kullanıldı. Kategorik değişkenlerin gösteriminde Frekans (Yüzde) kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesinde Monte Carlo Düzeltmeli Fisher's Exact Testi ve çoklu karşılaştırmalar Bonferroni Düzeltmeli Z Testi ile incelendi ve etki

büyüklüğü Cramer's V katsayısı ile değerlendirildi. Üç ve üzeri gruplara göre normal dağılıma uymayan verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H Testi kullanıldı ve çoklu karşılaştırmalar Bonferroni düzeltmeli Dunn post-hoc testi ile incelendi. Çalışmada, ikili gruplarda normal dağılıma uymayan verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi kullanıldı. İkili gruplarda normal dağılıma uyan verilerin karşılaştırılmasında Bağımsız İki Örnek T Testi kullanıldı. Üç ve üzeri gruplara göre normal dağılıma uyan verilerin karşılaştırılmasında İki Yönlü ANOVA, normal dağılıma uymayan verilerin karşılaştırılmasında Robust iki yönlü ANOVA kullanıldı. Etki büyüklükleri; kısmi eta kare (pη2), Cohen's d (d) ve Cramer's V katsayısı (V) ile hesaplandı. Çalışmada kısmi eta kare (pη2) değeri 0,01 küçük, 0,06 orta ve 0,14 büyük etki; Cohen's d değeri 0,2 küçük, 0,5 orta ve 0,8 büyük etki ve Cramer's (V) değeri ise 0,1 küçük, 0,3 orta ve 0,5 büyük etki olarak yorumlandı (181,194). İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak alındı.

3.11.1. Solomon Dört kollu Deneysel Araştırma Tasarımında İzlenen İstatistiksel Analiz Süreci

Solomon dört kollu deneysel araştırma iç ve dış geçerliliği yüksek, ön test ve müdahale etkilerini birbirinden ayırt eden ve müdahalenin bağımsız etkisini ortaya koyan bir araştırma tasarımıdır. Bu araştırma tasarımında, müdahalenin etkisini ortaya koymak için yapılan istatistiksel analiz sistematik olarak ilerleyen beş temel adımda yapılmaktadır (195) (Bkz. Şekil 3.6). Bu çalışmada izlenen istatistiksel analiz süreci adımlar halinde açıklanmıştır.

3.11.1.1. Adım 1 – Test A: Müdahale ve kontrol gruplarının son test puanları için öncelikle normallik varsayımı test edilir. Normal dağılım varsayımlarına göre ön test × müdahale etkileşimini belirlemek için nicel verilerin karşılaştırılmasında iki yönlü ANOVA testi, kategorik verilerin karşılaştırılmasında ise ki-kare testi uygulanarak ön testin, müdahale etkisi ile ilişkili olup olmadığı değerlendirilir (195). Bu çalışmada, normallik varsayımını sağlayan değişkenlerin analizinde iki yönlü ANOVA testi uygulanırken; normallik varsayımını sağlamayan değişkenlerin analizinde iki yönlü Robust ANOVA kullanıldı (Bkz. Şekil 3.6).



Şekil 3.6. Solomon Dört Kollu Deneysel Araştırma Tasarımının İstatistiksel Analiz Adımı; Kaynak: El Karkri et al., 2025.

3.11.1.2. Adım 2 – Test D: İncelenen değişkenlerde ön test × müdahale etkileşimi bulunmadığında (p>0,05), bu değişkenler ikinci aşama analizlerine dahil edilerek müdahalenin ana etkisi değerlendirilir. İkinci adım analizleri için müdahale gruplarına ait son testler (O2+O5) ve kontrol gruplarına ait son testler (O4+O6) toplanarak müdahale grubuna ait tek bir son test ile kontrol grubuna ait tek bir son test verisi elde edilir (Bkz. Şekil 3.3; Şekil 3.6). Her grubun son testlerinde nicel verilerde Bağımsız İki Örnek T testi veya tek yönlü ANOVA testi ve kategorik verilerin karşılaştırılmasında ise ki-kare testi kullanılarak müdahalenin etkisi belirlenir. Normallik varsayımı karşılanmadığında testlerin non parametrik karşılıkları uygulanır (195) (Bkz. Şekil 3.6). Bu çalışmada Müdahale I ve II grupları ile Kontrol I ve II gruplarının son test verileri toplanarak, her grup için birer son test toplamı elde edildi (Bkz. Şekil 3.3; Şekil 3.6). Çalışmada Müdahale (O2+O5) ve Kontrol gruplarının (O4+O6) son testleri normallik varsayımının karşılanma durumuna göre Bağımsız İki Örnek T testi, Mann Whitney U testi ve Monte Carlo Düzeltmeli Fisher's Exact Testi ile analiz edildi (Bkz. Şekil 3.6).

3.11.1.3. Adım 3 – Test F: Analiz sürecinde D adımında müdahale gruplarının son testleri ile kontrol gruplarının son testleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmayan değişkenler (p>0,05), üçüncü adım analizlerinde yeniden değerlendirilir. Üçüncü adım F testleri ile müdahalenin değişkenler üzerindeki etkisi kazanım skorlarını karşılaştırılarak değerlendirilir. Ön test ve son test yapılan müdahale ve kontrol gruplarının son testlerinden ön testlerin çıkarılması sonucunda kazanım skorları elde edilir. Kazanım skoru müdahale grubu için O2–O1 ve kontrol grubu için O4–O3 işlemi yapılarak hesaplanır (Bkz. Şekil 3.3; Şekil 3.6). Daha sonra her iki grubun kazanım skorları istatistiksel olarak karşılaştırılır. Elde edilen veriler normallik varsayımına göre Bağımsız Örneklem T Testi ya da tek yönlü ANOVA kullanılarak değerlendirilir (195) (Bkz. Şekil 3.6). Bu çalışmada, D adımında müdahale gruplarının son testleri ile kontrol gruplarının son testleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmayan değişkenler için üçüncü adımda kazanım skorları karşılaştırıldı. Çalışmada Müdahale I grubunun son test-ön test puan farkları (O2–O1) ile Kontrol I grubunun son test-ön test puan farkları (O4–O3) Bağımsız Örneklem T Testi ve Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldı (Bkz. Şekil 3.6).

3.11.1.4. Adım 4–Test H: Analiz sürecinde F adımında istatistiksel açıdan anlamlı olarak saptanmayan değişkenler (p>0,05) üzerindeki müdahale etkisi, bir sonraki adımda H testleri ile analiz edilir. Analizin bu adımında, ön test yapılmayan müdahale ve kontrol gruplarının son test puanları (O5 ve O6) normallik varsayımının karşılanma durumuna göre Bağımsız Örneklem T Testi ile değerlendirilir (195) (Bkz. Şekil 3.3; Şekil 3.6). Bu çalışmada, önceki adımda istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenen değişken (p>0,05) müdahalenin etkisini belirlemek için H adımındaki testler ile değerlendirildi. Değişkenlere ait Müdahale II grubu son test puanları (O5) ile Kontrol II grubu son test puanları (O6), Bağımsız Örneklem T testi veya Mann–Whitney U testi kullanılarak karşılaştırıldı (Bkz. Şekil 3.6).

3.11.1.5. Adım 5–Test I: Bu adımdan önceki testler yaygın kullanılan ve tek başına anlamlı sonuç vermesi halinde müdahale etkisini doğrulamak için genel olarak yeterli kabul edilen testlerdir. Ancak bir önceki adımda yapılan H testlerinin sonucuna göre, birden fazla değişkende istatistiksel anlamlılığa ulaşılamazsa, bu değişkenler üzerinde müdahalenin olası bir bütüncül etkisi olabileceği düşünülür. Müdahalenin kuramsal olarak ilişkili değişkenler üzerindeki bütüncül etkisini belirlemek için bu adımda, bir önceki H testlerinden elde edilen p değerlerine ilişkin bulgular sentezlenir. Böylece, bu adıma kadar değişkenlerin tek tek incelendiği analizlerde, istatistiksel olarak anlamlı bulunmayan ancak teorik açıdan ilişkili olan değişkenler birlikte incelenir. Bu değişkenler üzerindeki olası müdahale etkisi değerlendirilerek daha duyarlı ve bütüncül bir sonuca ulaşılır. Beşinci adımda yapılan istatistiksel kanıt birleştirmedir. Literatürde sıkla, istatistiksel kanıt birleştirmek için "*p-değerine dayalı meta-analitik kanıt birleştirme yaklaşımı*" tercih edilir.

Bu doğrultuda yapılan p-değerine dayalı meta-analitik kanıt birleştirme yaklaşımı ile bir önceki aşamada istatistiksel olarak anlamlı bulunmayan değişkenlere ait p değerleri bir araya getirilerek değerlendirilir. Bu süreçte yapılan hesaplamalar, Stouffer'ın Z-temelli p-değeri birleştirme yaklaşımı ile gerçekleştirilir (195,196). Bu yaklaşımda, ilgili değişkenlere ait p değerleri öncelikle standart normal dağılıma karşılık gelen Z istatistiklerine (Zp) dönüştürülür (196). Ardından, elde edilen bu Zp değerleri Şekil 3.7'de yer alan formül kullanılarak birleşik Z istatistiği (Z meta) hesaplanır. Formülde yer alan k parametresi, analize dâhil edilen değişken sayısını

ifade etmektedir. Hesaplanan Z meta değeri, müdahalenin kuramsal olarak ilişkili değişkenler üzerindeki birleşik istatistiksel etkisini gösterir. Bu değer, standart normal dağılım kullanılarak birleşik anlamlılık değerine (p meta) dönüştürülür ve müdahalenin genel etkisine ilişkin karar p meta değerine göre verilir (196). Bu çalışmada bu adımda yapılan hesaplamalar için bir gereklilik saptanmadı.

$$Z_{meta} = \frac{\sum_{i=1}^{k} Z_{p_i}}{\sqrt{k}}$$

Şekil 3.7. Stouffer'ın Z-temelli p-değeri Birleştirme Yöntemine İlişkin Formül

3.11.1.6. Test B: Analizde birinci adım A testlerinde, ön test x müdahale etkileşimi olduğu belirlenen değişkenlerin, bir ileri analizi ile müdahale etkisinin belirlenmesi için B testleri yapılır. Bu testlerde, ön ve son testi olan müdahale (O2) ve kontrol gruplarında (O4) son test puanları normallik varsayımının karşılanma durumuna göre Bağımsız İki Örnek T Testi veya tek yönlü ANOVA yapılır (195) (Bkz. Şekil 3.3; Şekil 3.6). Bu çalışmada, ön test x müdahale etkileşimi olan değişken için, Müdahale I (O2) ve Kontrol I (O4) grubunun son testleri Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldı.

3.11.1.7. Test C: Bir önceki B testlerinde, ön test x müdahale etkileşimi olduğu belirlenen değişkenlerle yapılan analizde istatistiksel açıdan anlamlı ise ($p<0,05$), C testleri ile bir sonraki aşamaya devam edilir. Analiz için C testlerinde ön test uygulanmayan müdahale (O5) ve kontrol gruplarının (O6) son testlerinde de müdahalenin basit ana etkisini belirlemek amaçlanır. Testlerde normallik varsayımına göre Bağımsız İki Örnek T Testi veya tek yönlü ANOVA karşılaştırılır (195). Bu çalışmada C testlerini gerektiren bir durumla karşılaşılmadı.

4. BULGULAR

4.1. KATILIMCILARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN GRUPLARA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Bu çalışmada katılımcıların, cinsiyet, sınıf, yaş, gelir düzeyi, baba eğitim düzeyi, anne -baba çalışma durumu, kardeş sayısı, persentil düzeyi ve akademik başarı değerlendirmesi gibi sosyodemografik özellikleri açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Katılımcıların, anne eğitim durumu özelliği açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı, yapılan ileri analizde farklılığa neden olan bir grup belirlenmedi ($x^2=8,025$; $p=0,045$) (Tablo 4.1).

Çalışmada katılımcıların; cep telefonu, tablet, oyun konsolu ve akıllı saat, kullanma durumları açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Bu çalışmada katılımcıların gruplarına göre bilgisayar kullanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulundu ($x^2=11,116$; $p=0,01$). Çalışmada bilgisayar kullanma durumu açısından Müdahale II ile Kontrol II grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Müdahale II grubundaki katılımcıların bilgisayar kullanma oranının (%80), Kontrol II grubundaki katılımcıların kullanma oranından (%47,5) daha yüksekti ($p<0,05$) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Grupların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması (n=160)

Özellikler		**Müdahale I (n=40) n (%)**	**Müdahale II (n=40) n (%)**	**Kontrol I (n=40) n (%)**	**Kontrol II (n=40) n (%)**	**Toplam (n=160) n (%)**	**Test İstatistiği***	**p**
Cinsiyet	Kız	17 (42,5)	19 (47,5)	20 (50,0)	18 (45,0)	74 (46,3)	0,538	0,949
	Erkek	23 (57,5)	21 (52,5)	20 (50,0)	22 (55,0)	86 (53,8)		
Sınıf	5. sınıf	10 (25,0)	10 (25,0)	10 (25,0)	10 (25,0)	40 (25,0)	0,234	1,000
	6. sınıf	10 (25,0)	10 (25,0)	10 (25,0)	10 (25,0)	40 (25,0)		
	7. sınıf	10 (25,0)	10 (25,0)	10 (25,0)	10 (25,0)	40 (25,0)		
	8. sınıf	10 (25,0)	10 (25,0)	10 (25,0)	10 (25,0)	40 (25,0)		
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	7 (17,5)	3 (7,5)	2 (5,0)	8 (20,0)	20 (12,5)	10,790	0,090
	Gelir gidere eşit	15 (37,5)	17 (42,5)	18 (45,0)	22 (55,0)	72 (45,0)		
	Gelir giderden fazla	18 (45,0)	20 (50)	20 (50,0)	10 (25,0)	68 (42,5)		
Anne eğitim düzeyi	12 yıl ve altında	26 (65,0)	15 (37,5)	15 (37,5)	19 (47,5)	75 (46,9)	8,025	**0,045**
	12 yıldan fazla	14 (35,0)	25 (62,5)	25 (62,5)	21 (52,5)	85 (53,1)		
Baba eğitim düzeyi	12 yıl ve altında	6 (15,0)	11 (27,5)	9 (22,5)	8 (20,0)	34 (21,3)	1,946	0,607
	12 yıldan fazla	34 (85,0)	29 (72,5)	31 (77,5)	32 (80,0)	126 (78,8)		
Anne çalışma durumu	Çalışıyor	17 (42,5)	22 (55,0)	18 (45,0)	20 (50,0)	77 (48,1)	1,490	0,733
	Çalışmıyor	23 (57,5)	18 (45,0)	22 (55,0)	20 (50,0)	83 (51,9)		
Baba çalışma durumu	Çalışıyor	36 (90,0)	38 (95,0)	39 (97,5)	33 (82,5)	146 (91,3)	5,916	0,116
	Çalışmıyor	4 (10,0)	2 (5,0)	1 (2,5)	7 (17,5)	14 (8,8)		
Kardeş sayısı	Yok	4 (10,0)	3 (7,5)	8 (20,0)	6 (15,0)	21 (13,1)	8,085	0,216
	1-2	32 (80,0)	32 (80,0)	32 (80,0)	31 (77,5)	127 (79,4)		
	3 ve üzeri	4 (10,0)	5 (12,5)	-	3 (7,5)	12 (7,5)		
Percentil düzeyi	Zayıf	-	2 (5,0)	2 (5,0)	3 (7,5)	7 (4,4)	15,206	0,186
	Zayıflık riski	2 (5,0)	5 (12,5)	1 (2,5)	2 (5,0)	10 (6,3)		
	Normal	30 (75,0)	22 (55,0)	21 (52,5)	25 (62,5)	98 (61,3)		
	Hafif şişman	6 (15,0)	7 (17,5)	14 (35,0)	5 (12,5)	32 (20,0)		
	Şişman	2 (5,0)	4 (10,0)	2 (5,0)	5 (12,5)	13 (8,1)		
Akademik başarı değerlendirmesi	İyi	30 (75,0)	23 (57,5)	27 (67,5)	20 (50,0)	100 (62,5)	6,139	0,106
	Orta	10 (25,0)	17 (42,5)	13 (32,5)	20 (50,0)	60 (37,5)		

n: Frekans; %: Yüzde; *: Monte Carlo Düzeltmeli Fisher's Exact Testi.

Tablo 4.1. Grupların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması (n=160) (devam)

Özellikler		Müdahale I (n=40) n (%)	Müdahale II (n=40) n (%)	Kontrol I (n=40) n (%)	Kontrol II (n=40) n (%)	Toplam (n=160) n (%)	Test İstatistiği*	p
Cep telefonu kullanma durumu	Evet	33 (82,5)	30 (75,0)	36 (90,0)	35 (87,5)	134 (83,8)	3,640	0,326
	Hayır	7 (17,5)	10 (25,0)	4 (10,0)	5 (12,5)	26 (16,3)		
Bigisayar kullanma durumu	Evet	23 (57,5)**ab**	32 (80,0)**a**	29 (72,5)**ab**	19 (47,5)**b**	103 (64,4)	11,116	**0,01**
	Hayır	17 (42,5)**ab**	8 (20,0)**a**	11 (27,5)**ab**	21 (52,5)**b**	57 (35,6)		
Tablet kullanma durumu	Evet	30 (75,0)	26 (65,0)	23 (57,5)	26 (65,0)	105 (65,6)	2,758	0,448
	Hayır	10 (25,0)	14 (35,0)	17 (42,5)	14 (35,0)	55 (34,4)		
Oyun konsolu kullanma durumu	Evet	14 (35,0)	11 (27,5)	8 (20,0)	13 (32,5)	46 (28,7)	2,602	0,453
	Hayır	26 (65,0)	29 (72,5)	32 (80,0)	27 (67,5)	114 (71,3)		
Akıllı saat kullanma durumu	Evet	3 (7,5)	5 (12,5)	5 (12,5)	-	13 (8,1)	6,455	0,088
	Hayır	37 (92,5)	35 (87,5)	35 (87,5)	40 (100)	147 (91,9)		
Dijital teknolojik araç kullanma süresi	0-1 yıl	1 (2,5)	3 (7,5)	2 (5,0)	6 (15,0)	12 (7,5)	11,970	**0,049**
	2-3 yıl	15 (37,5)	8 (20,0)	13 (32,5)	18 (45,0)	54 (33,8)		
	4 yıl ve üzeri	24 (60,0)**ab**	29 (72,5)**b**	25 (62,5)**ab**	16 (40,0)**a**	94 (58,8)		
Evde internete sürekli erişebilme	Evet	37 (92,5)	35 (87,5)	36 (90,0)	32 (80,0)	140 (87,5)	2,950	0,451
	Hayır	3 (7,5)	5 (12,5)	4 (10,0)	8 (20,0)	20 (12,5)		
Ebeveynin dijital oyun oynama durumu	Evet annem oynuyor	4 (10,0)	8 (20,0)	12 (30,0)	8 (20,0)	32 (20,0)	5,785	0,458
	Evet babam oynuyor	12 (30,0)	8 (20,0)	8 (20,0)	8 (20,0)	36 (22,5)		
	Hayır oynamıyorlar	24 (60,0)	24 (60,0)	20 (50,0)	24 (60,0)	92 (57,5)		
Abi/abla/kardeşin dijital oyun oynama durumu	Evet oynuyor	32 (80,0)	29 (72,5)	27 (67,5)	26 (65,0)	114 (71,3)	2,602	0,454
	Hayır oynamıyor	8 (20,0)	11 (27,5)	13 (32,5)	14 (35,0)	46 (28,7)		
Arkadaşının dijital oyun oynama durumu	Evet oynuyor	39 (97,5)	38 (95,0)	39 (97,5)	40 (100)	156 (97,5)	2,044	0,899
	Hayır oynamıyor	1 (2,5)	2 (5,0)	1 (2,5)	-	4 (2,5)		
Okul saatinde uykulu olma durumu	Evet	19 (47,5)	18 (45,0)	19 (47,5)	20 (50,0)	76 (47,5)	0,243	0,995
	Hayır	21 (52,5)	22 (55,0)	21 (52,5)	20 (50,0)	84 (52,5)		
Uyandığında kendini dinlenmiş hissetme durumu	Her zaman	8 (20,0)	8 (20,0)	8 (20,0)	7 (17,5)	31 (19,4)	8,189	0,783
	Genellikle	16 (40,0)	15 (37,5)	15 (37,5)	14 (35,0)	60 (37,5)		
	Ara sıra	9 (22,5)	14 (35,0)	8 (20,0)	12 (30,0)	43 (26,9)		
	Nadiren	3 (7,5)	3 (7,5)	5 (12,5)	5 (12,5)	16 (10,0)		
	Hiç	4 (10,0)	-	4 (10,0)	2 (5,0)	10 (6,3)		

n: Frekans; %: Yüzde; *:Monte Carlo Düzeltmeli Fisher's Exact Testi; a-b: Bonferroni düzeltmeli Z testine göre aynı satırda farklı harf taşıyan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p<0,05).

Tablo 4.1. Grupların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması (n=160) (devam)

Özellikler	Müdahale I (n=40)	Müdahale II (n=40)	Kontrol I (n=40)	Kontrol II (n=40)	Toplam (n=160)	Test İstatistiği+	p
	Ortanca (Min. – Mak.) Sıra Ortalaması	Ortanca (Min. – Mak.) Sıra Ortalaması	Ortanca (Min. – Mak.) Sıra Ortalaması	Ortanca (Min. – Mak.) Sıra Ortalaması	Ortanca (Min. – Mak.)		
Yaş	12,5 (10 - 15) 76,88	12,5 (11 - 15) 82,14	12,5 (10 - 15) 78,83	13 (11 - 15) 84,16	13 (10 - 15)	0,634+	0,889
Hafta içi günlerdeki günlük ortalama uyku süresi (saat)	8 (4 - 10) 65,46 **a**	8 (6 - 10) 78,60 **ab**	8 (4 - 10) 93,48 **b**	8 (4 - 13) 84,46 **ab**	8 (4 - 13)	8,104+	**0,044**
Hafta sonu günlerdeki günlük ortalama uyku süresi (saat)	8 (6 - 12) 74,36	9 (6 - 13) 82,71	10 (4 - 13) 90,46	9 (5 - 15) 74,46	9 (4 - 15)	3,404+	0,333

Min.: Minimum değer; Mak.: Maksimum; +: Kruskal Wallis H testi; a-b: Bonferroni düzeltmeli Dunn post-hoc testi sonuçlarına göre aynı satırda farklı harf taşıyan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p<0,05).

Katılımcıların dijital teknolojik araç kullanma süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu (x^2=11,970; p=0,049). Elde edilen istatistiksel farklığının dört yıl ve üzerinde dijital teknolojik araç kullanan Müdahale II ile Kontrol II grubu arasında olduğu saptandı (p<0,05). Müdahale II grubundaki katılımcıların dört yıl ve üzerinde dijital teknolojik araç kullanma oranının (%72,5), Kontrol II grubundaki katılımcıların kullanma oranından (%40) daha yüksek olduğu izlendi (p<0,05) (Tablo 4.1).

Katılımcıların, evde internete sürekli erişebilme durumu ve ebeveynin, abisi/ablası/kardeşi ile arkadaşının dijital oyun oynama durumu açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05). Katılımcıların okul saatinde uykulu olma durumu, uyandığında kendini dinlenmiş hissetme durumu, hafta sonu günlerdeki günlük ortalama uyku süresi özellikleri açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.1). Katılımcıların, hafta içi günlerdeki günlük ortalama uyku süresi açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulundu (H=8,104, p=0,044). Bu farklığının Müdahale I ve Kontrol I grubundaki katılımcıların hafta içi günlerdeki günlük ortalama uyku süresi arasındaki farklılıktan kaynaklandığı belirlendi (p<0,05). Çalışmada, Müdahale I grubundaki katılımcıların hafta içi günlerdeki günlük ortalama uyku süresi sıra ortalamasının (65,46), Kontrol I grubundaki katılımcılardan (93,48) daha düşük düzeyde olduğu saptandı (p>0,05). Çalışmada yer alan katılımcıların gruplarına göre hafta sonu günlerdeki günlük ortalama uyku süreleri arasında istatistiksel açıdan bir farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.1).

4.2. ÖN TEST DUYARLILAŞMASININ BELİRLENMESİNE İLİŞKİN BULGULAR

Çalışmada katılımcıların; ÇİDOBÖ toplam ve alt boyutlarının son test puanları üzerinde ön test duyarlılaşması olup olmadığına ilişkin analiz ilk aşamada yapıldı. Katılımcıların gruplarına göre, ÇİDOBÖ toplam ve alt boyutlarında ön test ile müdahale arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir etkileşim olmadığı saptandı (p>0,05) (Bkz. Şekil 3.6) (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. ÇİDOBÖ ve alt boyut puanları üzerinde ön test ile müdahale etkileşiminin test edilmesi (n=160)

Ölçekler	Ön test	Müdahale var (n=80)	Müdahale yok (n=80)	Toplam (n=160)	Faktör	Test istatistiği ¥	p	pη^2
		Ort.±S. Hata	Ort.±S. Hata					
Dijital oyun oynamaya yönelik aşırı odaklanma ve çatışma	Ön test yok (n=80)	12,8±0,78	21,9±1,10	17,2±0,87	Müdahale	78,289	0,001	0,334
	Ön test var (n=80)	11,5±0,51	19,4±1,26	15,1±0,84	Ön test	4,007	0,048	0,025
	Toplam	12,1±0,48	20,6±0,85		Müdahale x Ön test	0,371	0,544	0,002
Oyun süresinde tolerans gelişimi ve oyuna yüklenen değer	Ön test yok (n=80)	17,7±1,02	25,5±1,02	21,5±0,88	Müdahale	71,448	0,001	0,314
	Ön test var (n=80)	14,4±0,64	24,1±1,36	19,0±0,96	Ön test	5,137	0,026	0,032
	Toplam	16,0±0,64	24,9±0,88		Müdahale x Ön test	0,822	0,367	0,005
Bireysel ve sosyal görevlerin ödevlerin ertelenmesi	Ön test yok (n=80)	9,14±0,49	16,86±1,01	12,8±0,71	Müdahale	65,555	0,001	0,296
	Ön test var (n=80)	9,61±0,48	14,97±1,06	12,1±0,68	Ön test	0,769	0,383	0,005
	Toplam	9,38±0,34	15,94±0,73		Müdahale x Ön test	2,135	0,148	0,014
Yoksunluğun psikolojik fizyolojik yansıması ve oyuna dalma	Ön test yok (n=80)	7,14±0,47	12,53±0,68	9,72±0,52	Müdahale	69,770	0,001	0,309
	Ön test var (n=80)	6,69±0,37	10,83±0,70	8,67±0,47	Ön test	3,520	0,064	0,022
	Toplam	6,92±0,30	11,67±0,49		Müdahale x Ön test	1,200	0,276	0,008
ÇİDOBÖ toplam	Ön test yok (n=80)	47,0±2,30	76,8±3,36	61,3±2,74	Müdahale	88,992	0,001	0,363
	Ön test var (n=80)	42,2±1,89	69,5±4,05	55,0±2,76	Ön test	4,002	0,048	0,025
	Toplam	44,6±1,53	73,2±2,69		Müdahale x Ön test	0,178	0,674	0,001

n= Frekans; Ort.±S. Hata: Budanmış Ortalama±Standart Hata; ¥: Robust iki yönlü ANOVA; pη^2: Kısmi eta kare etki büyüklüğü. Karşılaştırma yöntemi olarak budanmış ortalama tercih edilmiş olup budama oranı %5 olarak alınmıştır.

Çalışmada katılımcıların ASGÖ toplam ve beslenme, kişilerarası destek, sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi alt boyut puanları üzerinde ön test duyarlılaşması incelendiğinde; ön test ile müdahale arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir etkileşim olmadığı saptandı ($p>0,05$). Katılımcıların, gruplarına göre ASGÖ egzersiz alt boyutu son test puanlarında ön test ile müdahale arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir etkileşim olduğu belirlendi ($F=4,870$; $p=0,029$; $p\eta^2=0,030$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3 ASGÖ toplam ve alt boyut puanları üzerinde ön test ile müdahale etkileşiminin test edilmesi (n=160)

Son test puanları	Ön test	Müdahale var (n=80)	Müdahale yok (n=80)	Toplam (n=160)	Faktör	Test istatistiği	p	pη^2
		Ort.±S. Hata* / Ort.±SS¥	Ort.±S. Hata* / Ort.±SS¥					
Beslenme	Ön test yok (n=80)	22,80±3,87¥	19,03±5,58¥	20,91±5,14	Müdahale	15,092y	0,000	0,088
	Ön test var (n=80)	23,83±2,86¥	22,15±4,94¥	22,99±4,1	Ön test	8,751y	0,004	0,053
	Toplam	23,31±3,42¥	20,59±5,47¥		Müdahale x Ön test	2,241y	0,136	0,014
Kişilerarası Destek	Ön test yok (n=80)	25,10±1,06*	20,80±1,03*	23±0,79	Müdahale	12,030+	0,001	0,072
	Ön test var (n=80)	27,20±0,59*	24,80±1,06*	26±0,6	Ön test	9,920+	0,003	0,060
	Toplam	26,10±0,63*	22,80±0,78*		Müdahale x Ön test	1,000+	0,319	0,006
Sağlık Sorumluluğu	Ön test yok (n=80)	27,15±6,47¥	24,60±7,70¥	25,88±7,18	Müdahale	4,208y	0,042	0,026
	Ön test var (n=80)	29,50±4,93¥	27,98±5,70¥	28,74±5,35	Ön test	8,306y	0,005	0,051
	Toplam	28,33±5,84¥	26,29±6,94¥		Müdahale x Ön test	0,266y	0,607	0,002
Kendini Gerçekleştirme	Ön test yok (n=80)	31,53±1,04*	26,83±1,34*	29,25±0,9	Müdahale	8,020+	0,006	0,049
	Ön test var (n=80)	32,69±0,77*	31,17±1,16*	32,01±0,69	Ön test	6,270+	0,014	0,039
	Toplam	32,15±0,64*	29,04±0,93*		Müdahale x Ön test	2,080+	0,152	0,013
Egzersiz	Ön test yok (n=80)	18,39±0,65*	14,94±0,78*	16,63±0,55	Müdahale	7,420+	0,008	0,045
	Ön test var (n=80)	18,56±0,69*	18,19±0,66*	18,4±0,47	Ön test	5,980+	0,016	0,037
	Toplam	18,47±0,48*	16,64±0,55*		Müdahale x Ön test	4,870+	**0,029**	0,030
Stres Yönetimi	Ön test yok (n=80)	22,56±0,75*	18,83±1,02*	20,85±0,69	Müdahale	9,350+	0,003	0,057
	Ön test var (n=80)	23,69±0,62*	22,22±0,94*	23,06±0,55	Ön test	7,100+	0,009	0,044
	Toplam	23,15±0,48*	20,61±0,74*		Müdahale x Ön test	1,750+	0,188	0,011
ASGO Toplam	Ön test yok (n=80)	146,97±3,46*	125,61±5,27*	136,9±3,5	Müdahale	16,360+	0,001	0,095
	Ön test var (n=80)	154,89±1,85*	145,53±3,79*	150,47±2,03	Ön test	13,430+	0,001	0,079
	Toplam	151,21±2,02*	136,19±3,42*		Müdahale x Ön test	2,500+	0,118	0,016

*: Ort.±S. Hata: Budanmış ortalama±Standart Hata; ¥: Ortalama±Standart Sapma; +: Robust iki yönlü ANOVA; y: İki yönlü ANOVA; pη2: Kısmi eta kare etki büyüklüğü. Karşılaştırma yöntemi olarak budanmış ortalama tercih edilmiş olup budama oranı %5 olarak alınmıştır.

Çalışmada katılımcıların uyku kalitesi özdeğerlendirmesi ile yeterli ve dengeli beslenme özdeğerlendirmesine ait VAS son test puanlarına göre ön test ile müdahale arasında istatistiksel açıdan bir etkileşim olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Katılımcıların uyku kalitesi, yeterli ve dengeli beslenme özdeğerlendirme puanları üzerinde ön test ile müdahale etkileşiminin test edilmesi (n=160)

Son test puanları	Ön test	Müdahale var (n=80)	Müdahale yok (n=80)	Toplam (n=160)	Faktör	Test istatistiği*	p	pη2
		Ort.±S. Hata	Ort.±S. Hata					
Uyku kalitesi özdeğerlendirmesi (VAS)	Ön test yok	8,11±0,26*	7,19±0,37*	7,69±0,22	Müdahale	4,973^{+}	0,028	0,031
	Ön test var	7,81±0,29*	7,22±0,41*	7,56±0,24	Ön test	0,171^{+}	0,681	0,001
	Toplam	7,96±0,2*	7,21±0,27*		Müdahale x Ön test	0,246^{+}	0,622	0,002
Yeterli ve dengeli beslenme özdeğerlendirmesi (VAS)	Ön test yok	7,28±0,3*	6,89±0,35*	7,11±0,22	Müdahale	4,615^{+}	0,034	0,029
	Ön test var	7,92±0,25*	6,97±0,34*	7,46±0,22	Ön test	1,354^{+}	0,247	0,009
	Toplam	7,6±0,2*	6,93±0,24*		Müdahale x Ön test	0,801^{+}	0,373	0,005

*: Ort.±S. Hata: Budanmış ortalama±Standart Hata; +: Robust iki yönlü ANOVA; pη^2: Kısmi eta kare etki büyüklüğü. Karşılaştırma yöntemi olarak budanmış ortalama tercih edilmiş olup budama oranı %5 olarak alınmıştır.

4.3. ÇALIŞMADA MÜDAHALENİN ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR

Çalışmanın ikinci analiz aşamasında ön test duyarlılaşması olmayan değişkenlerde müdahalenin ana etkisi incelendi. Yapılan analizde tüm müdahale gruplarının (O2+O5) son test puanları toplanarak tek bir müdahale grubu toplam puanı ve tüm kontrol gruplarının (O4+O6) son test puanları toplanarak tek bir kontrol grubu toplam puanı elde edildi ve gruplara göre son test toplam puanları karşılaştırıldı (Bkz. Şekil 3.6) (Tablo 4.5).

Çalışmada katılımcıların gruplarına göre ÇİDOBÖ dijital oyun oynamaya yönelik aşırı odaklanma ve çatışma alt boyutu son test puanları karşılaştırıldığında; son test puanları açısından müdahale toplam ve kontrol toplam grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı ($U = 1114,5$; $p<0,001$; $d = 1,361$). Dijital oyun oynamaya yönelik aşırı odaklanma ve çatışma alt boyutu için müdahale toplam grubu ortanca değeri "12" iken kontrol toplam grubu ortanca değeri "20" olarak bulundu (Tablo 4.5).

Katılımcıların gruplarına göre ÇİDOBÖ oyun süresinde tolerans gelişimi ve oyuna yüklenen değer alt boyutu son test puanları karşılaştırıldığında; son test puanları açısından müdahale toplam ve kontrol toplam grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu (U=1108,5; $p<0,001$; d=1,367) (Tablo 4.5). Oyun süresinde tolerans gelişimi ve oyuna yüklenen değer alt boyutu için müdahale toplam grubu ortanca değeri "15" iken kontrol toplam grubu ortanca değeri "25" olarak belirlendi (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Ön test duyarlılaşması olmayan değişkenlerde katılımcıların gruplarına göre son test puanlarının karşılaştırılması (*Müdahalenin ana etkisi*) (n=160)

Değişkenler		Müdahale toplam (n=80) (O2+O5) Ortanca (Min.-Mak.)	Kontrol toplam (n=80) (O4+O6) Ortanca (Min.-Mak.)	Test istatistiği*	p	Cohen's *d*
ÇİDOBÖ	Dijital oyun oynamaya yönelik aşırı odaklanma ve çatışma	12 (7-23)	20 (7-35)	1114,5	**<0,001**	1,361
	Oyun süresinde tolerans gelişimi ve oyuna yüklenen değer	15 (7-29)	25 (7-35)	1108,5	**<0,001**	1,367
	Bireysel ve sosyal görevlerin ödevlerin ertelenmesi	9 (6-21)	15,5 (6-29)	1186	**<0,001**	1,294
	Yoksunluğun psikolojik fizyolojik yansıması ve oyuna dalma	7 (4-14)	12 (4-20)	1170,5	**<0,001**	1,309
	ÇİDOBÖ Ölçek Toplam	42,5 (24-81)	72 (24-115)	975,5	**<0,001**	1,501

Min.: Minimum değer; Mak.: Maksimum değer; *Mann-Whitney U testi; Cohen's *d*: etki büyüklüğü

Çalışmada yer alan katılımcıların gruplarına göre ÇİDOBÖ bireysel ve sosyal görevlerin ödevlerin ertelenmesi alt boyutu son test puanları karşılaştırıldığında; son test puanları açısından müdahale toplam ve kontrol toplam grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı (U=1186; p<0,001; d=1,294) (Tablo 4.5). Bireysel ve sosyal görevlerin ödevlerin ertelenmesi alt boyutu için müdahale toplam grubu ortanca değeri "9" iken kontrol grubu ortanca değeri "15,5" olarak belirlendi (Tablo 4.5).

Çalışmada katılımcıların gruplarına göre ÇİDOBÖ yoksunluğun psikolojik fizyolojik yansıması ve oyuna dalma alt boyutu son test puanları karşılaştırıldığında; son test puanları açısından müdahale toplam ve kontrol toplam grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark belirlendi (U=1170,5; p<0,001; d=1,309) (Tablo 4.5). Yoksunluğun psikolojik fizyolojik yansıması ve oyuna dalma alt boyutu için müdahale toplam grubu ortanca değeri "7" iken kontrol toplam grubu ortanca değeri "12" hesaplandı (Tablo 4.5).

Çalışmada gruplara göre katılımcıların ÇİDOBÖ toplamı için son test puanları karşılaştırıldığında; son test puanları açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu belirlendi (U=975,5; p<0,001; d=1,501) (Tablo 4.5). ÇİDOBÖ toplamı için müdahale toplam grubu ortanca değeri "42,5" iken kontrol toplam grubu ortanca değeri "72" olarak belirlendi (Tablo 4.5).

Çalışmada katılımcıların ÇİDOBÖ kesme noktasına göre son test puan dağılımları, müdahale toplam ve kontrol toplam grupları arasında karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlendi (x^2=58,795; p<0,001; V=0,582). Yapılan ileri analizde Bonferroni düzeltmeli Z testi sonuçlarına göre müdahale toplam grubundaki az riskli katılımcı oranının, kontrol toplam grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi (p<0,05). Müdahale toplam grubundaki bağımlı ve yüksek düzeyde bağımlı katılımcı oranlarının ise kontrol toplam grubuna göre çok daha düşük düzeyde ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi (p<0,05) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Katılımcıların ÇİDOBÖ kesme noktasına göre son test ve ön test puan dağılımlarının gruplar arasında karşılaştırılması (*Müdahalenin ana etkisi*) (n=160)

		Grup		**Toplam**	**Test ist. ***	**p**	***V***
		Müdahale Toplam (n=80) n (%)	**Kontrol Toplam (n=80) n (%)**				
ÇİDOBÖ total kesme noktasına göre sınıflandırma							
Son Test	Normal	4 (5,0)	1 (1,3)	5 (3,1)	58,795	**<0,001**	0,582
	Az riskli	47 (58,8) **a**	10 (12,5) **b**	57 (35,6)			
	Riskli	25(31,3)	32 (40,0)	57 (35,6)			
	Bağımlı	4 (5,0) **a**	22 (27,5) **b**	26 (16,3)			
	Yüksek düzeyde bağımlı	0 **a**	15 (18,8) **b**	15 (9,4)			
ÇİDOBÖ total kesme noktasına göre sınıflandırma		**Müdahale I (n=40) n (%)**	**Kontrol I (n=40) n (%)**	**Toplam**	**Test ist. ***	**p**	***V***
Ön test	Normal	0	2 (5)	2 (2,5)	11,704	**0,013**	0,390
	Az riskli	11 (27,5)	11 (27,5)	22 (27,5)			
	Riskli	21 (52,5) **a**	9 (22,5) **b**	30 (37,5)			
	Bağımlı	7 (17,5)	11 (27,5)	18 (22,5)			
	Yüksek düzeyde bağımlı	1 (2,5) **a**	7 (17,5) **b**	8 (10,0)			

n(%)= Frekans (Yüzde); *:Monte Carlo Düzeltmeli Fisher's Exact Testi; *V*:Cramer's V katsayısı Etki Büyüklüğü; a-b:Bonferroni düzeltmeli Z testine göre aynı satırda farklı harf taşıyan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p<0,05).

Katılımcıların gruplarına göre ASGÖ beslenme alt boyutu için son test puanları karşılaştırıldığında; son test puanları açısından müdahale toplam ve kontrol toplam grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu bulundu (*U*=2239; p=0,001; *d*=0,537). Müdahale toplam ve kontrol toplam gruplarının son test puanları karşılaştırıldığında beslenme alt boyutu için müdahale toplam grubu ortanca değeri "23,5" ve kontrol toplam grubu ortanca değeri "21,5" olarak belirlendi (Tablo 4.7).

Çalışmada katılımcıların gruplarına göre ASGÖ kişilerarası destek alt boyutu için son test puanları karşılaştırıldığında; son test puanları açısından müdahale toplam ve kontrol toplam grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu bulundu bulundu (*t*=3,459; p=0,001; *d*=0,547) (Tablo 4.7). Müdahale toplam ve kontrol toplam gruplarının son test puanları karşılaştırıldığında kişilerarası destek alt boyutu için müdahale toplam grubun ortalama puanı "26,06±5,16" ve kontrol toplam grubunun ortalama puanı "22,85±6,51" olarak belirlendi (Tablo 4.7).

Bu çalışmada katılımcıların ASGÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu son test puanları karşılaştırıldığında; müdahale toplam ve kontrol toplam grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı (*U*=2647; p=0,059) (Tablo 4.7).

Katılımcıların gruplarına göre ASGÖ kendini gerçekleştirme alt boyutu için son test puanları karşılaştırıldığında; son test puanları açısından müdahale toplam ve kontrol toplam grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptandı (*U*=2478,5; p=0,014; *d*=0,397) (Tablo 4.7). Müdahale toplam ve kontrol toplam gruplarının son test puanları karşılaştırıldığında kendini gerçekleştirme alt boyutu için müdahale toplam grubu ortanca değeri "32" iken kontrol toplam grubu ortanca değeri "29" olarak bulundu (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Ön test duyarlılaşması olmayan değişkenlerde katılımcıların gruplarına göre son test puanlarının karşılaştırılması (*Müdahalenin ana etkisi*) (n=160)

Değişkenler		Müdahale toplam (n=80) (O2 + O5)	Kontrol toplam (n=80) (O4 + O6)	Test istatistiği	p	Cohen's *d*
		Ortanca (Min.-Mak.) / Ort.±SS	Ortanca (Min.-Mak.) / Ort.±SS			
ASGÖ	Beslenme	23,5 (12 - 30)	21,5 (8 - 30)	2239*	**0,001**	0,537
	Kişilerarası destek	26,06±5,16	22,85±6,51	3,459[&]	**0,001**	0,547
	Sağlık sorumluluğu	29 (12 - 40)	27 (11 - 40)	2647*	0,059	0,302
	Kendini gerçekleştirme	32 (17 - 40)	29 (11 - 40)	2478,5*	**0,014**	0,397
	Stres yönetimi	23 (12 - 30)	21,5 (6 - 30)	2454*	**0,011**	0,411
	ASGÖ Toplam	152,5 (103 - 200)	138,5 (63 - 198)	2073*	**<0,001**	0,638
VAS	Uyku kalitesi özdeğerlendirmesi	8 (4 - 10)	7,5 (1 - 10)	2655*	0,059	0,297
	Yeterli ve dengeli beslenme özdeğerlendirmesi	8 (4 - 10)	7 (1 - 10)	2601,5*	**0,038**	0,327

Min.: Minimum değer; Mak.: Maksimum değer; Ort.±SS: Ortalama + Standart Sapma; *Mann-Whitney U testi; [&]Bağımsız iki örnek t testi; Cohen's *d*: etki büyüklüğü

Çalışmada yer alan katılımcıların gruplarına göre ASGÖ stres yönetimi alt boyutu için son test puanları karşılaştırıldığında; son test puanları açısından müdahale toplam ve kontrol toplam grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptandı (*U*=2454; p=0,011; *d*=0,411) (Tablo 4.7). Müdahale toplam ve kontrol toplam gruplarının son test puanları karşılaştırıldığında stres yönetimi alt boyutu için müdahale toplam grubu ortanca değeri "23" ve kontrol toplam grubu ortanca değeri "21,5" olarak hesaplandı (Tablo 4.7).

Çalışmada katılımcıların gruplarına göre ASGÖ toplamı için son test puanları karşılaştırıldığında; son test puanları açısından müdahale toplam ve kontrol toplam grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu belirlendi (*U*=2073; p<0,001; *d*=0,638) (Tablo 4.7). Müdahale toplam ve kontrol toplam gruplarının son test puanları karşılaştırıldığında ASGÖ toplam için müdahale toplam grubu ortanca değeri "152,5" iken kontrol toplamı grubu ortanca değeri "138,5" olarak hesaplandı (Tablo 4.7).

Çalışmada katılımcıların gruplarına göre uyku kalitesi özdeğerlendirmesi son test puanları karşılaştırıldığında; son test puanları açısından müdahale toplam ve kontrol toplam grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı (*U*=2655; p=0,059) (Tablo 4.7).

Çalışmada yer alan katılımcıların gruplarına göre yeterli ve dengeli beslenme özdeğerlendirmesi son test puanları karşılaştırıldığında; son test puanları açısından müdahale toplam ve kontrol toplam grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu (*U*=2601,5; p=0,038; *d*=0,327) (Tablo 4.7). Müdahale toplam ve kontrol toplam gruplarının son test puanları karşılaştırıldığında yeterli ve dengeli beslenme özdeğerlendirmesi (VAS) puanları müdahale toplam grubu ortanca değeri "8" iken kontrol toplam grubu ortanca değeri "7" olarak hesaplandı (Tablo 4.7).

Çalışmanın bir ileri analiz aşamasında, bir önceki analizde katılımcıların müdahale toplam ve kontrol toplam gruplarının son testlerinin karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmayan değişkenler yeniden değerlendirildi. Katılımcıların ASGÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu ile uyku kalitesi özdeğerlendirmesi puanları, ön test ve son test uygulanan gruplarda kazanım skorları

üzerinden karşılaştırıldı. Bu aşamada, Müdahale I grubunda yer alan katılımcıların son test ve ön test puan farkları (O2-O1) ile Kontrol I grubundaki katılımcıların son test ve ön test puan farklarından (O4-O3) elde edilen kazanım skorları ile elde edildi (Şekil 3.6).

Müdahale I grubunda yer alan katılımcıların ASGÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu kazanım skorları ile Kontrol I grubundaki katılımcıların kazanım skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu (t=2,912; p=0,005; d=0,651). Sağlık sorumluluğu alt boyutu kazanım skorları arasındaki değişim oranları değerlendirildiğinde Müdahale I grubunun kazanım skoru ortalaması "6,08±5,61" ve Kontrol I grubu kazanım skoru ortalaması "2,43±5,6" olarak hesaplandı (Tablo 4.8).

Bu çalışmada Müdahale I grubunda yer alan katılımcıların uyku kalitesi özdeğerlendirmesi VAS kazanım skorları ile Kontrol I grubundaki katılımcıların kazanım skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı (U=620,5; p=0,074; d=0,394) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Katılımcıların son test ve ön test puan farklarına ilişkin kazanım skorlarının karşılaştırılması (son test–ön test) (n=80)

Değişkenler	**Grup**		**Toplam (n=80)**	**Test İstatistiği**	**p**	**Cohen's *d***
	Müdahale I (n=40) (O2-O1)	**Kontrol I (n=40) (O4-O3)**				
	Ort.±SS	**Ort.±SS**				
Sağlık sorumluluğu	6,08±5,61	2,43±5,6	4,25±5,86	2,912[&]	**0,005**	0,651
	Ortanca (Min.–Mak.)	**Ortanca (Min.–Mak.)**	**Toplam**	**Test İstatistiği**	**p**	**Cohen's *d***
Uyku kalitesi özdeğerlendirme (VAS)	1 (-2-6)	0 (-5-5)	0 (-5-6)	620,5*	0,074	0,394

Ort.±SS: Ortalama+Standart Sapma; Min.: Minimum değer; Mak.: Maksimum; *:Mann-Whitney U testi; &: Bağımsız iki örnek t testi; Cohen's *d*: etki büyüklüğü

Çalışmanın bir ileriki analiz aşamasında, bir önceki analizde katılımcıların gruplarına göre kazanım skorlarının karşılaştırılması sonucunda, istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenen uyku kalitesi özdeğerlendirme puanlarına müdahalenin etkisi, Müdahale II (O5) ve Kontrol II (O6) gruplarının son test puanlarının

karşılaştırılması ile incelendi (Bkz. Şekil 3.3; Şekil 3.6). Yapılan analizde katılımcıların uyku kalitesi özdeğerlendirme puanları açısından Müdahale II ve Kontrol II gruplarının son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı (*U*=618; p=0,038; *d*=0,399). (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Ön test yapılmayan katılımcıların gruplarına göre son test puanlarının karşılaştırmaları (n=80)

Değişkenler	**Grup**		**Test istatistiği**	**p**	**Cohen's *d***
	Müdahale II (n=40) Son Test O5	**Kontrol II (n=40) Son Test O6**			
	Ortanca (Min. – Mak.)	**Ortanca (Min. – Mak.)**			
Uyku kalitesi özdeğerlendirmesi (VAS)	8 (5-10)	8 (3-10)	618*	**0,038**	0,399

Min.: Minimum değer; Mak.: Maksimum; *Mann-Whitney U testi; Cohen's *d*: etki büyüklüğü.

4.4. ÖN TEST DUYARLILAŞMASI OLAN DEĞİŞKENLERDE MÜDAHALENİN ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR

Çalışmada yapılan ön testin ASGÖ egzersiz alt boyutuna duyarlı olduğu belirlendi. Ön test duyarlılaşması olan değişkenlere müdahalenin etkisini belirlemek amacıyla, ön test uygulanan Müdahale I (O2) ve Kontrol I (O4) gruplarında yer alan katılımcıların son test puanları karşılaştırıldı (Bkz. Şekil 3.3; Şekil 3.6). Yapılan analizde Müdahale I grubu ile Kontrol I grubu ASGÖ egzersiz alt boyutu son test puanları arasında istatistiksel açıdan bir fark olmadığı belirlendi (*U*=758,5; p=0,689; *d*=0,031) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Ön test etkileşimi olan değişkenlerde grupların son test puanlarına göre müdahale etkisinin incelenmesi (n=80)

Değişkenler	**Müdahale I (n=40) (O2)**	**Kontrol I (n=40) (O4)**	**Test istatistiği***	**p**	**Cohen's *d***
	Ortanca (Min.-Mak.)	**Ortanca (Min.-Mak.)**			
ASGÖ Egzersiz alt boyutu	19 (7-25)	18 (11-25)	758,5*	0,689	0,031

Min.: Minimum değer; Mak.: Maksimum; *Mann-Whitney U testi; Cohen's *d*: etki büyüklüğü.

5. TARTIŞMA

Dijital teknolojiler, günümüzde tüm ülkelerde adölesanların gündelik yaşamını şekillendiren başlıca faktörlerden biridir (7). Güncel epidemiyolojik veriler, dijital oyun bağımlılığının adölesanlarda %1,3 ile %19,9 aralığında olduğunu bildirmektedir (20). Dünya Sağlık Örgütü, adölesanların dijital bağımlılık risklerinden korunmasında çok yönlü ve bütüncül stratejilerin gerekliliğini vurgulamaktadır (190). Bu durum, dijital oyun bağımlılığının küresel düzeyde önemli bir halk sağlığı sorunu olduğuna işaret etmektedir (190). Bu doğrultuda, dijital oyun bağımlılığının önlenmesine yönelik okul temelli yaklaşımlar uzun vadeli sağlık risklerinin azaltılmasına ve sağlığın korunup geliştirilmesine katkı sağlar (4,58,77).

Literatürde adölesanlar ve dijital oyunlar üzerine yapılan çalışmaların çoğu sorunların tanımlanmasına ve kuramsal çerçeveye odaklanmaktadır. Bu durum, uygulamaya dayalı deneysel müdahale çalışmalarının yaygınlaştırılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır (4,20,40,70,76,77). Özellikle adölesanlarda dijital oyun bağımlılığını önlemeye ve sağlığı geliştirici davranışları desteklemeye yönelik, kanıta dayalı ve sürdürülebilir müdahalelere gereksinim duyulmaktadır. Bu gereksinim, adölesan sağlığını etkileyen dijital oyun bağımlılığı ile mücadelede, uygulamaya yönelik bir boşluk olduğuna işaret etmektedir (20,50,63,80,197). Konu ile ilgili randomize kontrollü çalışmaların sayısının sınırlı olması, mevcut araştırmaların ise örneklem seçimi, çalışma deseni, ölçme araçlarının geçerlilik ve güvenirliği ile uygulama süreçlerine ilişkin çeşitli metodolojik sınırlılıklar içerdiği belirtilmektedir (63,78,79). Literatürdeki boşluğun giderilmesine katkı sağlamak için bu çalışmada, Solomon dört kollu deneysel tasarım kullanılarak sağlık eğitiminin dijital oyun bağımlılığı ile sağlığı geliştirme davranışlarına etkisini belirlemek amaçlandı.

Deneysel çalışmalarda, müdahalenin etkinliğinin açık bir şekilde keşfedilmesi için çalışma gruplarının temel özellikleri ve karıştırıcı faktörler açısından birbirine benzer olmaları beklenir. Bu çalışmada yer alan katılımcıların gruplarına göre sosyodemografik özellikleri ve dijital teknoloji kullanım durumuna ait tanıtıcı özellikleri genel olarak birbirine benzer özellikte idi (Tablo 4.1). Bununla birlikte;

Müdahale II grubundaki katılımcıların bilgisayar kullanma oranının (%80), Kontrol II grubundaki katılımcı oranından (%47,5) daha yüksek olması ($p<0,05$), müdahale grubunun dezavantajlı bir grup olarak değerlendirilmesi gerektiğine yorumlandı. Benzer şekilde, dijital teknolojik araç kullanması süresi dört yıl üzerinde olan Müdahale II grubundaki katılımcı oranının (%72,5), Kontrol II grubundaki katılımcı oranından (%40) daha yüksek olması ($p<0,05$), müdahale grubunun bu açıdan da dezavantajlı bir grup olarak değerlendirilmesi gerektiğine yorumlandı. Kontrol I grubundaki katılımcıların hafta içi günlerdeki günlük ortalama uyku süresinin, Müdahale I grubundaki katılımcıların uyku süresinden daha fazla olması, müdahale grubu açısından yine bir dezavantaj olarak ele alındı. Bu bağlamda, çalışmada incelenen değişkenler açısından müdahale etkilerinin yorumlanmasında bir sınırlılık bulunmadığı değerlendirildi (78,198).

5.1. ÇALIŞMADA ÖN TEST MÜDAHALE ETKİLEŞİMİ

Bu çalışmada müdahale etkisinin, ön test etkisinden bağımsız olarak değerlendirilmesi, araştırmanın iç ve dış geçerliğini yükselten ve müdahalenin ana etkisini açık bir şekilde ortaya konulması sağlayan en önemli unsurdur (78,195,196). Çalışmada katılımcıların gruplarına göre ÇİDOBÖ toplam ve alt boyutları son test puanları üzerinde, ön test x müdahale etkileşimine yönelik istatistiksel açıdan anlamlı bir etkileşimin bulunmaması, çalışmada yapılan ön testin müdahale etkisi ile ilişkili olmadığı şeklinde yorumlanmaktadır (79,195,196). Farklı bir ifade ile katılımcılar ön testten etkilenmemişlerdir ve bu ölçek için elde edilen tüm bulgularda müdahale etkisi incelenebilir durumdadır. Çalışmada, katılımcıların gruplarına göre ASGÖ toplam ve alt boyut boyutları son test puanları ön test x müdahale etkileşimi açısından incelendiğinde; egzersiz alt boyutu dışında kalan alt boyutlar ile ölçek toplamında anlamlı bir etkileşim olmadığı değerlendirilmektedir. Ölçeğin egzersiz alt boyutunda ise katılımcıların ön test uygulamasından dolayı bu alana yönelik farkındalık kazandığına işaret etmektedir. Farklı bir ifade ile, egzersiz alt boyutunda müdahalenin ana etkisi doğrudan ortaya konulamayacak biçimde katılımcıların ön testten etkilendiklerine yorumlanmaktadır (Bkz. Tablo 4.3). Çalışmada bu alt boyut için yapılan ileri analizde de müdahalenin basit ana etkisi de açığa çıkarılamamıştır (Bkz. Tablo 4.10). Çalışmada uyku kalitesi özdeğerlendirme ve yeterli ve dengeli beslenme

özdeğerlendirme puanları açısından da ön test ile müdahale arasında bir etkileşimin olmaması müdahalenin ana etkisinin bu değişkenler üzerinde de incelenebileceğine yorumlandı. Literatürde, Solomon dört kollu deneysel araştırmalarda ön test × müdahale etkileşiminin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı durumlarda, ön testin müdahaleye etkisi olmadığı, elde edilen müdahale etkisinin ön testten bağımsız olduğu ve bu durumun çalışmanın iç ve dış geçerliğini güçlendiren bir özellik olarak değerlendirildiği belirtilmektedir. (79,195,198). Bu çalışmada elde edilen bulgular, ÇİDOBÖ toplam ve alt boyutlarında, egzersiz alt boyutu hariç ASGÖ toplam ve alt boyutlarında, uyku kalitesi özdeğerlendirmesi ile yeterli ve dengeli beslenme özdeğerlendirme alanlarında uygulanan sağlık eğitiminin ön testten bağımsız olarak etki ettiğine ve ön testte müdahaleye yönelik bir duyarlılık oluşmadığına işaret etmektedir. Bu durum, çalışmanın iç ve dış geçerliğini güçlendiren bir özellik olarak değerlendirilmekle birlikte, çalışmada sağlık eğitiminin ilgili alanlardaki etkisinin, ön testten bağımsız olarak doğrudan elde edildiğine yorumlanmaktadır.

Çalışmada, elde edilen bulgulara göre çalışma hipotezlerinden; $\mathbf{H_{0\text{-}1}}$, $\mathbf{H_{0\text{-}2}}$ (egzersiz alt boyutu hariç) hipotezleri kabul edilirken $\mathbf{H_{1\text{-}1}}$, $\mathbf{H_{1\text{-}2}}$ (egzersiz alt boyutu hariç) hipotezleri reddedildi.

5.2. MÜDAHALENİN DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞI DÜZEYİNE ETKİSİ

Uluslararası bir çalışmada, 10-14 yaş grubundaki her sekiz çocuktan birinin dijital oyun bağımlılığı riski taşıdığını bildirmektedir (75). Bu durum, adölesanlarda dijital oyun bağımlılığının önlenmesine yönelik okul temelli sağlık eğitimi müdahalelerinin önleyici etkililiğinin deneysel tasarımlarla değerlendirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu çalışmada yapılan sağlık eğitiminin ÇİDOBÖ toplam puanı ve tüm alt boyutlarına yüksek düzeyde ana etkide bulunduğu (d=1,294-1,501) değerlendirildi. Bununla birlikte; çalışmada uygulanan sağlık eğitiminden sonra müdahale toplam grubundaki az riskli katılımcı oranının kontrol toplam grubuna göre daha yüksek olması, bununla birlikte bağımlı ve yüksek düzeyde bağımlı katılımcı oranlarının kontrol toplam grubunda daha yüksek olması yapılan müdahalenin yüksek düzeyde ana etki ettiğini ortaya koyan bir diğer bulgu olarak değerlendirilmektedir (V=0,582). Çalışma kapsamında yürütülen sağlık eğitimi, okul

yönetiminin araştırma uygulamaları için belirlediği süreyle sınırlı olarak planlanmış ve uygulanmıştır. Belirlenen zaman planlaması doğrultusunda sağlık eğitimleri, 40 kişilik gruplar halinde ve etkin öğretim yöntemleri kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Ayrıca sağlık eğitimi oturumlarının üçünde doğrudan dijital oyun bağımlılığının önlenmesi ve bu sorunla baş etme stratejilerine odaklanılmıştır. Bu doğrultuda, uygulanan sağlık eğitiminin dijital oyun bağımlılığı üzerindeki etkisinin yüksek düzeyde ölçüldüğü değerlendirilmektedir. Çalışmada elde edilen bulgular, uygulanan sağlık eğitiminin dijital oyun bağımlılığına ilişkin davranışsal ve psikososyal boyutlar üzerinde etkili olduğuna yorumlanmaktadır. Literatürde bu çalışmaya benzer bir araştırma raporuna rastlanmamıştır. Ancak, dijital oyun bağımlılığına yönelik yapılan bazı çalışmalarda, çeşitli müdahalelerin bağımlılık davranışı üzerine olumlu etki eden ya da sınırlı etkiler elde edildiğini bildiren araştırma raporları bulunmaktadır (4,9,17,20,21,28,40,45,48,50,62,64,71,72,75–77,197). Berber ve Çelik'in (2017) yaptıkları bir çalışmada adölesanlara uygulanan beş oturumlu sağlık eğitiminin, internet bağımlılığı eğilimini azaltmada anlamlı ve olumlu bir etki yarattığı rapor edilmektedir (71). Yumru (2020) çalışmasında 10-11 yaş grubunda oyun temelli programın müdahale grubunda dijital oyun oynama düzeyinin anlamlı biçimde azalttığını bildirmektedir (Yumru, 2020). Özcan ve Balcı Çelik'in (2021) yaptığı çalışmada motivasyonel görüşme tekniğine dayalı psikoeğitim programının, düşük riskli adölesanlarda çevrimiçi oyun bağımlılığı düzeyinde azalma ve yüksek riskli grupta ise etkili olmadığı bildirilmektedir (72). Ekici ve ark.'ları (2022) dijital oyun bağımlılığına yönelik yaptıkları bir çalışmada; 10-14 yaş grubundaki adölesanlara uyguladıkları fiziksel aktivite içeren eğitsel oyunların, bağımlılık düzeyini azaltmada etkili olduğunu bildirmektedir (64). Memiş (2024) motivasyonel görüşme ile birlikte sağlık eğitimi ve hippoterapi uyguladığı tez çalışmasında, müdahaleden sonra dijital oyun bağımlılık düzeyinin azaldığını, bu tür müdahalelerin kısa ve orta vadede bağımlılığı azaltmada etkili olduğunu bildirmektedir (48). Karadağ ve Noyan'ın (2024) çalışmasında 13-14 yaş grubundaki adölesanlara dört oturumluk psikoeğitim programının adölesanlarda internet bağımlılık düzeyleri ile günlük teknoloji kullanım sürelerini azaltmada etkili olduğu rapor edilmektedir (62). Apisitwasana ve ark'larının (2018) çalışmasında 9-11 yaş grubu adölesanlarda sekiz haftalık öz düzenleme temelli sağlık eğitimi sonrasında bilgi, tutum ve öz-düzenleme düzeyleri yükselirken, dijital

oyun bağımlılığı düzeyinin anlamlı derecede azaldığı rapor edilmektedir (75). Chau ve ark.'ları (2019) çalışmalarında 7-13 yaş grubuna motivasyonunu ve öğrenme deneyimini artırmak amacıyla geliştirdikleri bir programının zaman içinde dijital oyun bağımlılığı belirtilerini başarıyla azalttığını ve duygusal iyi oluşu artırdığını raporlamaktadır (45). Andre (2023) çalışmasında 13-18 yaş arası adölesanlarda bilişsel terapi ve önleme programının dijital oyun bağımlılığının belirtilerini azaltmada etkili olduğunu bildirmektedir (9). Bunun aksine Stevens ve ark.'larının (2019) çeşitli yaş gruplarında yapılan araştırmaları ele alan bir meta-analiz çalışmasında; bilişsel davranışçı terapinin, dijital oyun oynama süresi üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı ancak, dijital oyun bağımlılığı semptomlarının azaltılmasında etkili olduğu belirtilmektedir (76). Solomon dört kollu deneysel tasarımdaki bu çalışmada uygulanan dört oturumlu sağlık eğitimi izleminin (3. ay) dijital oyun bağımlılığının azaltılmasına yüksek düzeyde etki ettiği değerlendirilmektedir. Bu bulgular okul temelli sağlık eğitimi programlarının dijital oyun bağımlılığı ile mücadelede etkili bir yaklaşım olabileceği varsayımını desteklemektedir (4,32,45). Okul sağlığı hizmetlerinde dijital oyun bağımlılığı ile mücadelede etkili ve sürdürülebilir bir uygulama olarak sağlık eğitimlerinin yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Çalışmada, elde edilen bulgulara göre $\mathbf{H_{1\text{-}3}}$, hipotezi kabul edilirken, $\mathbf{H_{0\text{-}3}}$ hipotezi reddedildi.

5.3. MÜDAHALENİN ADÖLESANLARIN SAĞLIĞI GELİŞTİRME DAVRANIŞ DÜZEYİNE ETKİSİ

Literatürde adölesanların sağlığı geliştirme davranışlarının orta düzeyde olduğu bildirilmektedir (44,55,59,60,164,166). Davranış değişimine duyarlı bu yaş döneminde, dijital oyun bağımlılığıyla mücadelede psikolojik doyumu daha sağlıklı yollarla karşılayan sağlığı geliştirici davranışların kazandırılması önemlidir (42,43,50,114). Yapılan bir çalışmada, adolesanlarda dijital oyun bağımlılığının yetersiz sağlığı geliştirme davranışlarıyla ilişkili olduğu özellikle sağlık sorumluluğu, egzersiz ve beslenme gibi koruyucu faktörlerin oyun bağımlılığını azalttığı rapor edilmektedir (27). Bu çalışmada yapılan sağlık eğitiminin; beslenme, kişilerarası destek, kendini gerçekleştirme, stres yönetimi alt boyutları ile ASGÖ toplam puanları üzerinde ana etki ortaya koyduğu ve etki büyüklüğünün küçük-orta ve orta düzeylerde

(*d*=0,397-0,638) olduğu değerlendirildi (Tablo 4.7). İleri analizde ise, çalışmada yapılan sağlık eğitiminin ASGÖ sağlık sorumluluğu alt boyutuna orta düzeyde etki ettiği izlendi (*d*=0,651) (Tablo 4.8). Çalışmada yapılan sağlık eğitimleri, okul yönetiminin araştırma uygulaması için önerdiği zaman yönetimine bağlı kalarak ve uygulama planlamasına bağlı olarak 40 kişilik gruplarlar da yürütülmüştür. Elde edilen bu bulgular; çalışmada uygulanan sağlık eğitiminin katılımcıların sağlığı geliştirici davranış düzeyini, genel olarak arttırdığı şeklinde yorumlanmaktadır. Sağlık eğitimi oturumlarının yalnız ikisinde doğrudan sağlığı geliştirme davranışlarına odaklanılmıştır. Bu nedenlerle sağlık eğitiminin sağlığı geliştirici davranışlar üzerindeki etkisinin küçük-orta ve orta düzeyde ölçüldüğü; bu durumun, eğitim süresinin sınırlı olması ve içerik dağılımındaki denge ile ilişkili olabileceği değerlendirilmektedir. Literatürde sağlık eğitimi müdahalesinin adölesan sağlığı geliştirme davranışlarına etkisini Solomon dört kollu deneysel tasarımda inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Akça (2023) çalışmasında motivasyonel görüşme ve altı oturumlu sağlık eğitiminin ASGÖ'nün beslenme ve egzersiz alt boyutlarına altı ay süre ile etkisini incelediği çalışmada, müdahalenin bu alt boyutlarda yüksek düzeyde etkili olduğunu rapor etmektedir (56). Akça, adölesanlarla yürüttüğü çalışmasında müdahalenin etkisini ASGÖ'nün iki alt boyutu üzerinden değerlendirmiştir. İki çalışma arasındaki farklılığın müdahale süreçlerinde çeşitlilik, tasarım farkları, ölçekte kullanılan alt boyutlar ile veri analizi stratejisinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu çalışmada egzersiz alt boyutunda ön test duyarlılığı tespit edildiği için bu boyutta müdahale etkisine ulaşılamamıştır (Tablo 4.3). Literatürde, farklı toplumlardaki adölesanlara yapılan çeşitli sağlık eğitimi müdahalelerinin; sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıkları ile beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi gibi sağlığı geliştirme davranışları üzerindeki olumlu etkisini ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (27,44,55,56,60,66,67,73,74,134,155,197,199–203). Bu çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda sağlık eğitimlerinin, adölesanlara sağlığı geliştirici davranışlar kazandırarak dijital oyun bağımlılığı riskinin azaltılmasına ve bu bağımlılıkla mücadelede etkili bir müdahale yaklaşımı olabileceği değerlendirilmektedir.

Çalışmada, elde edilen bulgulara göre $\mathbf{H_{1\text{-}4}}$ hipotezi kabul edilirken, $\mathbf{H_{0\text{-}4}}$ hipotezi reddedildi. Ancak ASGÖ egzersiz alt boyutu için, $\mathbf{H_{0\text{-}4}}$ hipotezi kabul edilirken, $\mathbf{H_{1\text{-}4}}$ hipotezi reddedildi.

Beslenme davranışı, sağlığı geliştirme davranışları arasında ele alınan ve adölesan sağlık düzeyini belirleyen önemli faktörlerden biridir (56,66,67,74). Bu çalışmada yapılan müdahalenin ASGÖ beslenme alt boyut puanları üzerinde etkili olduğu, bununla birlikte adölesanların beslenme davranışları ile ilgili farkındalıklarını yansıtan yeterli ve dengeli beslenme öz değerlendirme puanlarına da küçük-orta düzeyde ana etkide bulunduğu (d=0,327) değerlendirilmektedir. Literatürde sağlık eğitimi müdahalesinin yeterli ve dengeli beslenme öz değerlendirme düzeyine etkisini deneysel tasarımda inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Sağlığı geliştirme davranışlarından stres yönetimi başlığı altında ele alınan uyku davranışı adölesan sağlık düzeyi ile yakından ilişkilidir (73,201–203). Yapılan çalışmalarda, çeşitli sağlık eğitimi müdahalelerin adölesanlarda uyku süresini geliştirdiği ve uyku kalitesini artırdığı bildirilmektedir (41,73,201–204). Bu çalışmada yapılan ileri analizde uygulanan sağlık eğitimi müdahalesinin, adölesanların uyku sağlığı ile ilgili farkındalıklarını ortaya koyan uyku kalitesi özdeğerlendirme puanlarına orta düzeyde etki ettiği (d=0,399) değerlendirildi (Bkz. Tablo 4.9). Literatürde sağlık eğitimi müdahalesinin uyku kalitesi öz değerlendirme düzeyine etkisini deneysel tasarımda araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmada, adölesanlara verilen sağlık eğitiminin sağlığı geliştirme davranışlarında olumlu davranış değişimi yarattığı ve bu değişimin beslenme ve uyku gibi konularda öz farkındalığı geliştirdiği değerlendirilmektedir.

Bu çalışma, dijital oyun bağımlılığına yönelik müdahalelerin etkililiğini değerlendirmede nadiren kullanılan Solomon dört kollu deneysel tasarım aracılığıyla, ön test duyarlılığından bağımsız olarak sağlık eğitiminin ana etkisini ortaya koymakta ve bu yönüyle literatürdeki önemli bir metodolojik boşluğun doldurulmasına katkı sağlamaktadır. Elde edilen bulgular, iyi yapılandırılmış, sistematize edilmiş ve aktif öğretim tekniklerine dayalı okul temelli sağlık eğitiminin; adölesanlarda dijital oyun bağımlılığı riskinin azaltılmasında, bağımlılıkla mücadelede ve sağlığı geliştirici

davranışların desteklenmesinde etkili, uygulanabilir ve maliyeti etkin bir müdahale modeli olduğunu ortaya koymaktadır.

5.4. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ

Bu çalışmanın;

- İki müdahale iki kontrol grubunun yer aldığı Solomon dört kollu deneysel bir çalışma olması,
- Örneklem sayısının ve gücünün yeterli olması,
- Kullanılan ölçeklerin Türk adölesanlar için geçerli ve güvenilir ölçme aracı olması,
- Çalışmada tabakalı blok randomizasyon ile katılımcıların gruplara tarafsız olarak atanmaları,
- Müdahale ve kontrol gruplarının tanıtıcı özelliklerinin genel olarak benzer özellikte olması,
- Dijital oyun bağımlılığı düzeyi için ÇİDOBÖ, sağlığı geliştirme davranışları için ASGÖ ve öz değerlendirmeler için VAS gibi çok boyutlu objektif ölçütlerin birlikte kullanılması,
- Çalışmada istatistiksel analizlerinin sistematik olarak araştırmada yer almayan bir istatistik uzmanı tarafından yapılması,
- Literatürde sağlık eğitimine dayalı hem dijital oyun bağımlılığı hem de sağlığı geliştirme davranışına odaklı Solomon dört kollu deneysel tasarımda yapılmış ilk çalışma olması gibi özellikleri çalışmanın güçlü yönleri olarak değerlendirilmektedir.

5.5. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

- Çalışmanın, Ankara'da tek bir okulda gönüllü katılımcılarla yürütülmüş olması,
- Müdahale sonrası değerlendirmelerin üç ay ile sınırlı olması,
- Veri toplama formlarının öğrencilerin öz bildirimine dayalı olması,
- Okul yönetiminin araştırmanın uygulaması için planladığı süre sınırı nedeniyle sağlık eğitim gruplarının kalabalık gruplarda yapılması gibi durumlar araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

- Bu çalışmada yer alan katılımcıların gruplarına göre sosyodemografik özellikleri ve dijital teknoloji kullanım durumuna ait tanıtıcı özellikleri genel olarak birbirine benzer özellikte idi (Tablo 4.1).
- Gruplar arasında bilgisayar kullanımı, dijital teknolojik araç kullanım süresi ve hafta içi ortalama uyku süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.1). Müdahale gruplarının kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak daha dezavantajlı özellikler göstermesine rağmen, müdahale sonrasında gözlenen olumlu değişimler, uygulanan sağlık eğitimi müdahalesinin etkililiğini ve iç geçerliğini destekler niteliktedir.
- "Ön Test × Müdahale etkileşimi" test edildiğinde ÇİDOBÖ toplam ve alt boyutları, ASGÖ egzersiz alt boyutu hariç tüm alt boyutlar ve ASGÖ toplamı, uyku kalitesi ve yeterli ve dengeli beslenme özdeğerlendirme VAS skorları son test puanlarında istatistiksel açıdan bir etkileşim olmadığı saptandı ($p> 0,05$) (Tablo 4.2; Tablo 4.3; Tablo 4.4).
- Müdahalenin ana etkisi incelendiğinde, katılımcıların ÇİDOBÖ toplamı ve tüm alt boyutlarına ait son test puanları açısından müdahale ve kontrol toplam grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (U=975,5-1186; $p<0,001$; d=1,294-1,501) (Tablo 4.5).
- Müdahalenin ana etkisi incelendiğinde, katılımcıların ÇİDOBÖ kesme noktalarına göre son test puan dağılımları karşılaştırıldığında, müdahale toplam ve kontrol toplam grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı (x^2=58,795; $p<0,001$; V=0,582). Müdahale toplam grubunda az riskli katılımcı oranının daha yüksek; bağımlı ve yüksek düzeyde bağımlı oranı ise kontrol grubuna göre daha düşük olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4.6).
- Müdahalenin ana etkisi incelendiğinde, katılımcıların ASGÖ toplam, beslenme, kişilerarası destek, kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi alt boyutları ile yeterli ve dengeli beslenme özdeğerlendirme puanları için son test puanları açısından müdahale ve kontrol toplam grupları arasında istatistiksel

açıdan anlamlı farklar olduğu saptandı (p<0,014; *d*=0,397-0,638) (Tablo 4.7).

- Müdahalenin ana etkisi incelendiğinde, katılımcıların son test puanları açısından müdahale ve kontrol toplam grupları arasında uyku kalitesi özdeğerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,059) (Tablo 4.7).
- Müdahalenin ana etkisi incelendiğinde, katılımcıların yeterli ve dengeli beslenme özdeğerlendirme puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (*U*=2601,5; p=0,038; *d*=0,327) (Tablo 4.7).
- Bir ileriki analiz aşamasında, son test karşılaştırmalarında anlamlı fark saptanmayan değişkenlerden ASGÖ sağlık sorumluluğu alt boyutunda, ön test–son test uygulanan grupların kazanım skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi (*t*=2,912; p=0,005; *d*=0,651) (Tablo 4.8).
- Bir ileriki analiz aşamasında, son test karşılaştırmalarında anlamlı fark saptanmayan değişkenlerden uyku kalitesi özdeğerlendirmesinde kazanım skorları açısından anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,074) (Tablo 4.8).
- Bir ileriki analiz aşamasında uyku kalitesi özdeğerlendirme değişkeni için Müdahale II ve Kontrol II gruplarının son test puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu (*U*=618; p=0,038; *d*=0,399) (Tablo 4.9).
- Ön test duyarlılaşması olan ASGÖ egzersiz alt boyutu için Müdahale I grubu ile Kontrol I grubu son test puanları arasında istatistiksel açıdan bir fark olmadığı belirlendi (p=0,689) (Tablo 4.10).

6.2. ÖNERİLER

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda araştırmacılara, hemşirelere ve kurumlara yönelik öneriler bu bölümde yer almaktadır.

6.2.1. Araştırmacılara Öneriler

- Sağlık eğitimi temelli müdahalelerin, dijital oyun bağımlılığı ile sağlığı geliştirici davranışlar üzerindeki uzun dönem etkisini inceleyen deneysel araştırmaların yapılması,

- İyi yapılandırılmış, sistematik ve aktif öğretim tekniklerine dayalı okul temelli sağlık eğitimi müdahalelerinin farklı sosyokültürel örneklemlerdeki etkisini inceleyen deneysel araştırmaların yapılması,
- Sağlık ve Hemşirelik alanlarındaki araştırmalarda, ön test etkisini kontrol ederek iç ve dış geçerliği güçlendiren Solomon dört kollu tasarımın daha yaygın kullanılması önerilmektedir.

6.2.2. Hemşirelere Öneriler

- Hemşirelerin, adölesanlarda dijital oyun bağımlılığı ve sağlığı geliştirme davranışları açısından düzenli taramalar yaparak riskli grupları erken dönemde belirlemesi,
- Sağlık eğitimi programlarının dijital oyun bağımlılığını önleme, güvenli teknoloji kullanımı ve sağlığı geliştirici davranışları destekleyecek şekilde yapılandırılarak okul sağlığı hizmetlerine entegre edilmesi,
- Hemşirelerin, sağlık eğitimi müdahalelerinin etkililiğini izlem–değerlendirme süreçleri ve ön test–son test temelli ölçümlerle değerlendirmesi,
- Dijital oyun bağımlılığına yönelik sağlık eğitimlerinin adölesanların yaş ve gelişim özelliklerine uygun etkin öğretim stratejileriyle yürütülmesi önerilmektedir.

6.2.3. Kurumlara Yönelik Öneriler

- Okullarda adölesanların sağlık gereksinimlerinin bütüncül ve sürdürülebilir biçimde karşılanabilmesi amacıyla, kurumlar tarafından okul sağlığı hemşiresi istihdamının yaygınlaştırılması ve bu hizmetin okul sağlığı politikalarına entegre edilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Li S, Ren P, Chiu MM, Wang C, Lei H. The relationship between self-control and Internet addiction among students: A meta-analysis. Front Psychol. 2021;12:735755. doi:10.3389/fpsyg.2021.735755.
2. Satapathy P, Khatib MN, Balaraman AK, R R, Kaur M, Srivastava M, et al. Burden of gaming disorder among adolescents: a systematic review and meta-analysis. Public Health Pract (Oxf). 2025;9:100565. doi:10.1016/j.puhip.2024.100565.
3. Zhou R, Morita N, Ogai Y, Saito T, Zhang X, Yang W, Yang F. Meta-Analysis of Internet Gaming Disorder Prevalence: Assessing the Impacts of DSM-5 and ICD-11 Diagnostic Criteria. Int J Environ Res Public Health. 2024;21(6):700. doi:10.3390/ijerph21060700
4. Chen Y, Lu J, Wang L, Gao X. Effective interventions for gaming disorder: A systematic review of randomized controlled trials. Front Psychiatry. 2023;14:1098922. doi:10.3389/fpsyt.2023.1098922.
5. Ghali S, Afifi S, Suryadevara V, Habab Y, Hutcheson A, Panjiyar BK, Davydov GG, Nashat H, Nath TS. A systematic review of the association of Internet gaming disorder and excessive social media use with psychiatric comorbidities in children and adolescents: is it a curse or a blessing? Cureus. 2023;15(8):e43835. doi:10.7759/cureus.43835.
6. Özdemir S, Bülbül F, Balcı S, Türköz A. 11–18 yaş arasındaki adolesanların internet bağımlılık düzeyleri. BAUN Sağ Bil Derg. 2020;9(2):83–92.
7. Rykiel N, Lai J, Dooley T, Keeley B, Harrison A, James C, et al. On my mind: How adolescents experience and perceive mental health around the world. Baltimore (MD), New York (NY): Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; United Nations Children's Fund; 2022.
8. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). 2024 yılı çocuklarda bilişim teknolojileri kullanım araştırması [Internet]. Ankara: TÜİK; 2024 [Erişim Tarihi: 5 Aralık 2024]. Erişim Adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Cocuklarda-Bilisim-Teknolojileri-Kullanim-Arastirmasi-2024-53638.
9. André F, Kapetanovic S, Einarsson I, Trebbin Harvard S, Franzén L, Möttus A, Håkansson A, Claesdotter-Knutsson E. Relapse prevention therapy for Internet

gaming disorder in Swedish child and adolescent psychiatric clinics: a randomized controlled trial. Front Psychiatry. 2023;14:1256413. doi:10.3389/fpsyt.2023.1256413.

10. Gugliandolo MC, Costa S, Kuss DJ, Cuzzocrea F, Verrastro V. Technological addiction in adolescents: the interplay between parenting and psychological basic needs. Int J Ment Health Addiction. 2020;18(5):1389–1402. doi:10.1007/s11469-019-00156-4.
11. Young KS. Assessment issues with internet-addicted children and adolescents. In: Young KS, de Abreu CN, editors. Internet addiction in children and adolescents: risk factors, assessment, and treatment. New York: Springer Publishing Company; 2017. p.143–160.
12. Miezah D, Batchelor J, Megreya AM, Richard Y, Moustafa AA. Video/computer game addiction among university students in Ghana: prevalence, correlates and effects of some demographic factors. Psychiatry Clin Psychopharmacol. 2020;30(1):17–23. doi:10.5455/PCP.20200320092210.
13. Cha SS, Seo BK. Smartphone use and smartphone addiction in middle school students in Korea: prevalence, social networking service, and game use. Health Psychol Open. 2018;5(1):2055102918755046. doi:10.1177/2055102918755046.
14. Bulat Besin BD. Adolesanlarda sosyal medya, dijital oyun ve internet bağımlılığının; yeme ve uyku bozuklukları üzerine etkisinin incelenmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [Ankara]: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, YÖKTEZ Veri Tabanı; 2021.
15. Türk Dil Kurumu. Türkçe sözlük. 12. baskı. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları; 2023. ISBN 978-975-17-5397-7.
16. Serenko A, Turel O. Directing technology addiction research in information systems: part I. understanding behavioral addictions. Database Adv Inf Syst. 2020;51(3):81-96. doi: 10.1145/3410977.3410982.
17. Kim J, Lee S, Lee D, Shim S, Balva D, Choi KH, et al. Psychological treatments for excessive gaming: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep. 2022;12(1):19245. doi:10.1038/s41598-022-24523-9.

18. Hazar Z, Demir GT, Namlı S, Türkeli A. Investigation of the relationship between digital game addiction and physical activity levels of secondary school students. Niğde Univ J Phys Educ Sport Sci. 2017;11(3):320–332.
19. Yiğit E, Günüç S. Çocukların dijital oyun bağımlılığına göre aile profillerinin belirlenmesi. Van Yüzüncü Yıl Univ Educ Fac J. 2020;17(1):144–174. doi:10.33711/yyuefd.691498.
20. Mihara S, Higuchi S. Cross-sectional and longitudinal epidemiological studies of Internet gaming disorder: a systematic review of the literature. Psychiatry Clin Neurosci. 2017;71(7):425–444. doi:10.1111/pcn.12532.
21. Yumru H. Erken ergenlik dönemindeki çocuklarda internet bağımlılığını önlemede oyun temelli programın etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. [Karaman]: Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, YÖKTEZ Veri Tabanı; 2020.
22. Hazar Z. Fiziksel hareketlilik içeren oyunların 11-14 yaş grubu ortaokul öğrencilerinin dijital oyun bağımlılığına etkisi [Doktora Tezi]. [Ankara]: Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, YÖKTEZ Veri Tabanı; 2016.
23. Yang SY. Effects of self-efficacy and self-control on internet addiction in middle school students: a social cognitive theory-driven focus on the mediating influence of social support. Child Health Nurs Res. 2020;26(3):357-65. doi: 10.4094/chnr.2020.26.3.357.
24. Hazar Z, Hazar M. Çocuklar için dijital oyun bağımlılığı ölçeği. J Hum Sci. 2017;14(1):203–216. doi:10.14687/jhs.v14i1.4387
25. Marufoğlu S, Kutlutürk S. Ortaokul öğrencilerinde dijital oyun bağımlılığının fiziksel aktivite ve uyku alışkanlıklarına etkisi. Bağımlılık Derg. 2021;22(2):114-122. doi:10.51982/bagimli.817756
26. Korkmaz Ö, Korkmaz Ö. Ortaokul öğrencilerinin oyun bağımlılık düzeyleri, oyun alışkanlıkları ve tercihleri. İnönü Univ Educ Fac J. 2019;20(3):798-812. doi:10.17679/inuefd.505200
27. Şahin EK, Muslu GK. Examination of the relationship between health promotion behavior and game addiction in adolescents. Arch Psychiatr Nurs. 2024;53:42-50. doi:10.1016/j.apnu.2024.102187

28. Núñez-Rodríguez S, Burgos-González D, Mínguez-Mínguez LA, Menéndez-Vega F, Antoñanzas-Laborda JL, González-Bernal JJ, et al. Effectiveness of therapeutic interventions in the treatment of internet gaming disorder: a systematic review. Eur J Investig Health Psychol Educ. 2025;15(4):1–26. doi: 10.3390/ejihpe15040049.
29. Hazar K, Özpolat Z, Hazar Z. Ortaokul öğrencilerinin dijital oyun bağımlılığı düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi (Niğde ili örneği). Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Derg. 2020;18(1):225–234.
30. Sarıgöz M. Lise öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığının sağlığı geliştirme ve koruyucu davranışlar üzerine etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. [Balıkesir]: Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, YÖKTEZ Veri Tabanı; 2023.
31. Gentile DA, Bailey K, Bavelier D, Brockmyer JF, Cash H, Coyne SM, et al. Internet gaming disorder in children and adolescents. Pediatrics. 2017;140(Suppl 2):S81-S85. doi: 10.1542/peds.2016-1758H.
32. Saunders JB, Hao W, Long J, King DL, Mann K, Fauth-Bühler M, et al. Gaming disorder: its delineation as an important condition for diagnosis, management, and prevention. J Behav Addict. 2017;6(3):271-9. doi: 10.1556/2006.6.2017.039.
33. Irmak AY, Erdoğan S. Predictors for digital game addiction among Turkish adolescents: a Cox's interaction model-based study. J Addict Nurs. 2019;30(1):49-56. doi: 10.1097/JAN.0000000000000265.
34. Mustafaoğlu R, Yasacı Z. Dijital oyun oynamanın çocukların ruhsal ve fiziksel sağlığı üzerine olumsuz etkileri. Bagimli Derg. 2018;19(3):51-8. Erişim Adresi: https://dergipark.org.tr/tr/pub/bagimli/issue/38282/447021.
35. Toran M, Ulusoy Z, Aydın B, Deveci T, Akbulut A. Çocukların dijital oyun kullanımına ilişkin annelerin görüşlerinin değerlendirilmesi. Kastamonu Eğitim Derg. 2016;24(5):2263-2278.
36. Sallayıcı Z, Yöndem ZD. Çocuklarda bilgisayar oyun bağımlılığı düzeyi ile davranış problemleri arasındaki ilişki. Bağımlılık Derg. 2020;21(1):13-23. doi:10.51982/bagimli.649886.

37. Aslan H, Başcıllar M, Karataş K. Ergenlerde dijital oyun bağımlılığı ile sosyal beceriler arasındaki ilişki. Bağımlılık Derg. 2022;23(3):266-274. doi:10.51982/bagimli.1033761
38. Şenel A, Atılgan E, Turhan M, Özsoy R, Duman S, Ocak MN, et al. İnternet oyun oynama bozukluğu olan adölesanlarda kas iskelet sistemi semptomları. Bağımlılık Derg. 2021;22(3):218-225. doi:10.51982/bagimli.880452.
39. Gnambs T, Stasielowicz L, Wolter I, Appel M. Do computer games jeopardize educational outcomes? A prospective study on gaming times and academic achievement. Psychol Pop Media. 2020;9(1):69-82. doi:10.1037/ppm0000222.
40. Harpas I, Stevens M, Radunz M, Williamson P, Hamamura T, Svendsen O, et al. Treatment of gaming disorder: a systematic review and meta-analysis. Psychiatry Res. 2025;354:116783. doi:10.1016/j.psychres.2025.116783.
41. Kristensen JH, Pallesen S, King DL, Hysing M, Erevik EK. Problematic gaming and sleep: A systematic review and meta-analysis. Front Psychiatry. 2021;12:675237. doi:10.3389/fpsyt.2021.675237.
42. Cabir FB. Adölesanlarda oyun bağımlılığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları [Yüksek Lisans Tezi]. [İstanbul]: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, YÖKTEZ Veri Tabanı; 2019.
43. Bishnoi R, Singh S, Pushpa. Health promoting lifestyles among adolescents: a gender perspective study. Indian J Health Wellbeing. 2023;14(2):202-7. Erişim Tarihi: https://www.i-scholar.in/index.php/ijhw/article/view/227186.
44. Özdemir S, Bülbül F. Adölesanlarda sağlığı geliştirme ve yaşamda anlam arasındaki ilişki. Hacettepe Univ Hemşirelik Fak Derg. 2023;10(1):1-8. doi:10.31125/hunhemsire.1272589.
45. Chau CL, Tsui YY, Yau Y, Cheng C. Gamification for internet gaming disorder prevention: evaluation of a Wise IT-Use (WIT) program for Hong Kong primary students. Front Psychol. 2019;10:2468. doi:10.3389/fpsyg.2019.02468.
46. Kara D. Okul öncesi dönem çocuklarının dijital oyun bağımlılığı eğilimleri ile akran oyun davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. [Bursa]: Bursa Uludağ Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, YÖKTEZ Veri Tabanı; 2023.

47. Ayhan B, Köseliören M. İnternet, online oyun ve bağımlılık. Online J Technol Addict Cyberbullying. 2019;6(1):1-30.
48. Memiş A. Bilgi-motivasyon-davranış becerileri modeline temelli motivasyonel görüşme ve hippoterapi programının adolesanların dijital oyun bağımlılık düzeylerine etkisi [Doktora Tezi]. [Sivas]: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, YÖKTEZ Veri Tabanı; 2024.
49. Dong G, Potenza MN. A cognitive-behavioral model of Internet gaming disorder: theoretical underpinnings and clinical implications. J Psychiatr Res. 2014;58:7–11. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.07.005.
50. Carras MC, Aljuboori D, Shi J, Date M, Karkoub F, García Ortiz K, Abreha FM, Thrul J. Prevention and health promotion interventions for young people in the context of digital well-being: rapid systematic review. J Med Internet Res. 2024;26:e59968. doi:10.2196/59968.
51. Özcan M, Polat T, Polat BA. Adölesanlarda e-sağlık okuryazarlığının sağlığı geliştirme davranışına etkisi. Gümüşhane Univ J Health Sci. 2023;12(3):1060–1071. doi:10.37989/gumussagbil.1094351.
52. Fleary SA, Joseph P, Pappagianopoulos JE. Adolescent health literacy and health behaviors: a systematic review. J Adolesc. 2018;62:116–127. doi:10.1016/j.adolescence.2017.11.010.
53. Aydın N. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi. Black Sea J Health Sci. 2019;2(1):21–29. doi:10.19127/bshealthscience.461344
54. Lo TW, Yeung JWK, Tam CHL. Substance abuse and public health: a multilevel perspective and multiple responses. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(7):2610. doi:10.3390/ijerph17072610
55. Sümen A, Öncel S. Factors that affect healthy lifestyle behaviors of high school students in Turkey: a systematic review. Eur J Ther. 2017;23(2):74–82. doi:10.5152/EurJTher.2017.04044
56. Akca A, Ayaz-Alkaya S. Effectiveness of health literacy-based motivational interviewing and health education on adolescents' nutrition and exercise behaviors in Turkey: a randomized controlled trial. Public Health. 2024;237:316–321. doi:10.1016/j.puhe.2024.10.040.

57. Winkelman TNA, Caldwell MT, Bertram B, Davis MM. Promoting health literacy for children and adolescents. Pediatrics. 2016;138(6):e20161937. doi:10.1542/peds.2016-1937.
58. Paakkari L, Torppa M, Välimaa R, Villberg J, Ojala K, Tynjälä J. Health asset profiles and health indicators among 13- and 15-year-old adolescents. Int J Public Health. 2019;64(9):1301–1311. doi:10.1007/s00038-019-01280-7.
59. Karagözoğlu M. Adolesanlarda sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. [İstanbul]: Bezmialem Vakıf Üniversitesi, YÖKTEZ Veri Tabanı; 2021.
60. Avan H. Adölesanlarda sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimleri ve öz etkililik üzerine etkisi [Doktora Tezi]. Kayseri: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, YÖKTEZ Veri Tabanı; 2022.
61. Ping W, Cao W, Tan H, Guo C, Dou Z, Yang J. Health protective behavior scale: development and psychometric evaluation. PLoS One. 2018;13(1):e0190390. doi:10.1371/journal.pone.0190390.
62. Karadağ YE, Noyan CO. Teknoloji bağımlılığını önlemeye yönelik psikoeğitim programının 8. sınıf öğrencileri üzerindeki etkisi. Bağımlılık Derg. 2023;24(1):43–52.
63. Shinde S, Weiss HA, Khandeparkar P, Pereira B, Sharma A, Gupta R, et al. A multicomponent secondary school health promotion intervention and adolescent health: an extension of the SEHER cluster randomised controlled trial in Bihar, India. PLoS Med. 2020;17(2):e1003021. doi:10.1371/journal.pmed.1003021.
64. Ekici F. Fiziksel aktivite içerikli eğitsel oyunların dijital oyun bağımlılığına etkisi ve ebeveyn görüşleri [Yüksek Lisans Tezi]. [Niğde]: Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, YÖKTEZ Veri Tabanı; 2022.
65. Efe H, Umdu Topsakal Ü. A meta-synthesis study in interactive learning environments: digital games in health education. Interact Learn Environ. 2024;32(4):1319–1329. doi:10.1080/10494820.2022.2120016
66. Vahedian Shahroodi M, Tehrani H, Esmaily H, Olyani S. Effect of Education Intervention on Nutrition Behaviors of High School Female Students along with

Promoting Health Literacy. Health Education and Health Promotion. 2019;7(4):169–76.

67. Florence W, Ochola S, Irene O. Effect of nutrition and physical education on adolescents' physical activity levels, nutrition knowledge, attitudes and dietary practices. J Food Sci Nutr Res. 2020;3(2):61–82. doi:10.26502/jfsnr.2642-11000039
68. Coşgun M. Ortaokul öğrencilerine verilen sağlık eğitiminin öğrencilerin bilgi, tutum ve davranışlarına etkisinin değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]. [Konya]: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, YÖKTEZ Veri Tabanı; 2014.
69. Akca A. Adölesanlarda sağlık okuryazarlığı temelli motivasyonel görüşmenin ve sağlık eğitiminin beslenme ile fiziksel aktivite davranışlarına etkisi [Doktora tezi]. [Ankara]: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; YÖKTEZ Veri Tabanı; 2023.
70. UNICEF. Child rights and online gaming: opportunities & challenges for children and the industry. [Internet] New York: UNICEF; 2019. [Erişim Tarihi:15 Haziran 2024). Erişim Adresi: https://www.unicef.org/childrightsandbusiness/reports/child-rights-and-online-gaming-opportunities-challenges-children-and-industry
71. Berber Çelik Ç. Educational intervention for reducing internet addiction tendencies. Addicta: The Turkish Journal on Addictions. 2016;3(3):375-386. doi:10.15805/addicta.2016.3.0021
72. Özcan K, Balcı Çelik S. Motivasyonel görüşme tekniğine dayalı psiko-eğitim programının lise öğrencilerinin çevrimiçi oyun bağımlılığı düzeylerine etkisi. OMÜ Eğit Fak Derg. 2021;40(1):257–274. Erişim Adresi: http://omu.dergipark.gov.tr/omuefd
73. Koyuncuoğlu E, Gözen D. Sleep hygiene education in adolescents: the role of the pediatric nurses. CURARE J Nurs. 2024;(4):41–46. doi:10.26650/CURARE.2024.1369844.
74. Moitra P, Madan J, Verma P. Impact of a behaviourally focused nutrition education intervention on attitudes and practices related to eating habits and

activity levels in Indian adolescents. Public Health Nutr. 2021;24(9):2715–2726.

75. Apisitwasana N, Perngparn U, Cottler LB. Effectiveness of school- and family-based interventions to prevent gaming addiction among grades 4–5 students in Bangkok, Thailand. Psychol Res Behav Manag. 2018;11:103–115. doi:10.2147/PRBM.S145868.
76. Stevens MWR, King DL, Dorstyn D, Delfabbro PH. Cognitive–behavioral therapy for Internet gaming disorder: a systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Psychother. 2019;26(2):191–203. doi:10.1002/cpp.2341.
77. Boz C, Dinç M. Examination of game addiction studies conducted in Turkey: a systematic review study. Front Psychiatry. 2023;14:1014621. doi:10.3389/fpsyt.2023.1014621.
78. Dehghan F, Jalali R, Bashiri H. The effect of virtual reality technology on preoperative anxiety in children: a Solomon four-group randomized clinical trial. Perioper Med. 2019;8(1):1–7. doi:10.1186/s13741-019-0116-0.
79. Zorlu F, Zorlu Y. Eğitim Alanında Solomon Deneysel Deseni ile Gerçekleştirilen Çalışmaların İncelenmesi: Bir Tematik Analiz Çalışması. Kastamonu Eğitim Dergisi. 2019;27(4):1623–36.
80. Nergiz H, Nergiz SF. Çocuk, ergen veya gençlerde dijital oyun bağımlılığını araştıran ulusal lisansüstü tezlerin incelenmesi. Gençlik Araştırmaları Dergisi. 2021;23(9):53. Erişim Adresi: http://genclikarastirmalari.gsb.gov.tr
81. Arı Ünal S, Küçük S. Adölesanlarda sosyal medya kullanımı, siber zorbalık, yalnızlık ilişkisi ve hemşirelik. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi. 2022;5(2):34–44.
82. Caner N, Evgin D. Digital risks and adolescents: the relationships between digital game addiction, emotional eating, and aggression. Int J Ment Health Nurs. 2021;30(6):1599–1609. doi:10.1111/inm.12912.
83. Kavlak M, Sarılır Aİ, Tönbol B. Dijital oyun bağımlılığı yalnızlığı tetikler mi? Necmettin Erbakan Üniv Ereğli Eğt Fak Derg. 2022;4(1):1–13. doi:10.51119/ereegf.2022.18.
84. Yerlikaya Alim K. İlkokul öğrencilerinin dijital oyun bağımlılık eğilimlerinin veli görüşlerine göre incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. [Sivas]: Sivas

Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü; YÖKTEZ Veri Tabanı; 2023.

85. Koçak H, Köse Z. Ergenlerin bilgisayar oyunu oynama alışkanlıkları ve sosyalleşme süreçleri üzerine bir araştırma (Kütahya ili örneği). Dumlupınar Üniv Sos Bilim Derg. 2014;Kütahya Özel Sayı:21–32.
86. Dursun A, Eraslan Çapan B. Ergenlerde dijital oyun bağımlılığı ve psikolojik ihtiyaçlar. İnönü Üniv Eğt Fak Derg. 2018;19(2):128–140. doi:10.17679/inuefd.336272.
87. Atak F. 0–14 yaş arasındaki çocukların dijital oyun bağımlılığı ile sosyal becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. [Ankara]: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, YÖKTEZ Veri Tabanı; 2020.
88. Yiğit Açıkgöz F, Yalman A. Dijital oyunların çocukların kişilik ve davranışları üzerinde etkisi: GTA 5 oyunu örneği. Akdeniz Üniv İletişim Fak Derg. 2018;(29 Özel Sayı):163–180. doi:10.31123/akil.454283.
89. Çelik S, Ulusoy B. Bilgisayar oyunlarının ortaokul öğrencilerinin sosyal yaşamına etkisi. J Soc Sci. 2019;3(5):46–60. doi:10.30520/tjsosci.522570
90. Arshad S, Begum R. A study of internet gaming disorder among adolescents and its correlation with age and gender. Indian J Physiother Occup Ther. 2021;16(1):131–137. doi:10.37506/ijpot.v16i1.17785
91. Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu (BTK). İnternetin bilinçli ve güvenli kullanımı saha çalışması raporu. [Internet]. Ankara: BTK; 2018. [Erişim Tarihi:12 Aralık 2024]. Erişim Adresi: https://www.guvenliweb.org.tr/dokuman-detay/internetin-bilincli-ve-guvenli-kullanimi-saha-calismasi-raporu-2018
92. Göldağ B. Lise öğrencilerinin dijital oyun bağımlılık düzeylerinin demografik özelliklerine göre incelenmesi. Yüzüncü Yıl Üniv Eğt Fak Derg. 2018;15(1):1287–1315. doi:10.23891/efdyyu.2018.105
93. World Health Organization. Public health implications of excessive use of the internet, computers, smartphones and similar electronic devices: meeting report. [Internet] Geneva: WHO; 2015 [Erişim Tarihi:07 Eylül 2024]. Erişim Adresi: https://www.who.int/publications/i/item/9789241509367

94. Çukurluöz Ö. Lise öğrencilerinin dijital bağımlılıklarının incelenmesi: Ankara ili Çankaya ilçesi örneği [Yüksek Lisans Tezi]. [Ankara]: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, YÖKTEZ Veri Tabanı; 2016.
95. Aktaş B. Ortaokul öğrencilerinde internet ve dijital oyun bağımlılığının psikolojik sağlamlık ve saldırganlıkla ilişkisi [Yüksek Lisans Tezi]. [Kars]: Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, YÖKTEZ Veri Tabanı; 2018.
96. Özdemir M, Karaboğa MT. Ortaokul öğrencilerinin dijital oyun bağımlılıkları ve sosyal eğilimleri. Uluslararası Eğt Araş Derg. 2021;12(5):17–35. doi:10.19160/e-ijer.994099.
97. Gül İ, Özgür H. Ortaokul öğrencilerinin dijital oyun bağımlılıkları ile ailelerin dijital ebeveynlik farkındalıkları arasındaki ilişkinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. Trakya Eğt Derg. 2023;13(3):2032–2071. doi:10.24315/tred.1325214.
98. Horzum MB. İlköğretim öğrencilerinin bilgisayar oyunu bağımlılık düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Eğitim ve Bilim. 2011;36(159):56–68. doi:10.15390/ES.2011.907
99. Söylemez A. Bilişsel davranışçı oyun terapisi temelli psiko-eğitim programının çocuklarda şiddet içerikli dijital oyun bağımlılığı ve saldırganlık düzeylerine etkisi [Doktora Tezi]. [Sakarya]: Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, YÖKTEZ Veri Tabanı; 2021.
100. Li C, Dang J, Zhang X, Zhang Q, Guo J. Internet addiction among Chinese adolescents: The effect of parental behavior and self-control. Comput Hum Behav. 2014;41:1–7. doi:10.1016/j.chb.2014.09.001
101. Ulaş Ş. Ortaokul öğrencilerinde dijital oyun bağımlılığı ve internet bağımlılığının sosyal problem çözme becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. [Malatya]: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, YÖKTEZ Veri Tabanı; 2022.
102. Yiğitoğlu V. Oyun değer-dijital oyunlar ve kullanıcılar üzerine bir inceleme: To the Moon örneği [Doktora Tezi]. [İstanbul]: Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, YÖKTEZ Veri Tabanı; 2018.
103. Darvesh N, Radhakrishnan A, Lachance CC, Nincic V, Sharpe JP, Ghassemi M, et al. Exploring the prevalence of gaming disorder and Internet gaming

disorder: A rapid scoping review. Syst Rev. 2020;9(1):68. doi:10.1186/s13643-020-01329-2

104. Arslan A, Kırık AM, Karaman M, Çetinkaya A. Lise ve üniversite öğrencilerinde dijital bağımlılık. Int Peer Rev J Commun Lit Res. 2015;(8):34–58. Erişim Adresi: https://www.researchgate.net/publication/282590623
105. Pallesen S, Lorvik IM, Bu EH, Molde H. An exploratory study investigating the effects of a treatment manual for video game addiction. Psychol Rep. 2015;117(2):490–495. doi:10.2466/02.PR0.117c14z9
106. Güvendi B, Tekkurşun Demir G, Keskin B. Ortaokul öğrencilerinde dijital oyun bağımlılığı ve saldırganlık. OPUS Uluslararası Toplum Araş Derg. 2019;11(18):1194–1217. doi:10.26466/opus.547092
107. Song WJ, Park JW. The influence of stress on Internet addiction: Mediating effects of self-control and mindfulness. Int J Ment Health Addict. 2019;17(4):1063–1075. doi:10.1007/s11469-019-0051-9
108. Yiğitcan A. İnternet bağımlılığı, beden imajı ve yeme bozukluğu arasındaki ilişki [Yüksek Lisans Tezi]. [İstanbul]: İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, YÖKTEZ Veri Tabanı; 2021.
109. Tetik G, Aktan ZD. The mediator effect of digital game addiction on the relationship between perceived parental attitudes and emotional intelligence among adolescents. Klinik Psikiyatri Derg. 2021;24(2):181–190. doi:10.5505/kpd.2020.32815
110. Forsyth SR, Chesla CA, Rehm RS, Malone RE. “It feels more real”: an interpretive phenomenological study of the meaning of video games in adolescent lives. Adv Nurs Sci. 2017;40(4):E1–E17. doi:10.1097/ANS.0000000000000183.
111. Kneer J, Rieger D, Ivory JD, Ferguson C. Awareness of risk factors for digital game addiction: Interviewing players and counselors. Int J Ment Health Addict. 2014;12(5):585–599. doi:10.1007/s11469-014-9489-y
112. Aydoğdu Karaaslan İ. Dijital oyunlar ve dijital şiddet farkındalığı: Ebeveyn ve çocuklar üzerinde yapılan karşılaştırmalı bir analiz. J Int Soc Res. 2015;8(36):806. doi:10.17719/jisr.2015369545

113. Stavropoulos V, Adams BLM, Beard CL, Dumble E, Trawley S, Gomez R, et al. Associations between attention deficit hyperactivity and internet gaming disorder symptoms: is there consistency across types of symptoms, gender and countries? Addict Behav Rep. 2019;9:100158. doi:10.1016/j.abrep.2018.100158.

114. Daysal B, Yılmazel G. Halk sağlığı gözüyle akıllı telefon bağımlılığı ve ergenlik. Turk J Fam Med Prim Care. 2020;14(2):316–322. doi:10.21763/tjfmpc.730254

115. Lee YS, Joo JH, Shin J, Nam CM, Park EC. Association between smartphone overdependence and generalized anxiety disorder among Korean adolescents. J Affect Disord. 2023;321:108–113. doi:10.1016/j.jad.2022.10.018

116. Şahin M, Gümüş YY, Dinçel S. Game addiction and academic achievement. Educ Psychol. 2016;36(9):1533–1543. doi:10.1080/01443410.2014.972342

117. Alghadir AH, Gabr SA, Iqbal ZA. Effect of gender, physical activity and stress-related hormones on adolescent's academic achievements. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(11):4143. doi:10.3390/ijerph17114143

118. Akgül G, Derya AE, Uzunpınar S. Üstün yetenekli ergenlerde problemli internet kullanımı ve siber zorbalık: Drama temelli bir müdahale programının etkililiği. Yaratıcı Drama Derg. 2021;16(2):167–190. Erişim Adresi: http://www.yader.org

119. Aksel N, Sarı E. Ortaokul Öğrencilerinin Dijital Oyun Bağımlılığı, Öz Denetimi ve Sosyal Eğilimleri. ODÜ Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi. 2020;10(2):436–44.

120. Öncel M, Tekin A. Ortaokul öğrencilerinin bilgisayar oyun bağımlılığı ve yalnızlık durumlarının incelenmesi. İnönü Üniv Eğt Bilim Enst Derg. 2015;2(4):7–17. Erişim Adresi: http://dergipark.gov.tr/inujgse/issue/27438/288615

121. Lemmens JS, Valkenburg PM, Peter J. Development and validation of a game addiction scale for adolescents. Media Psychol. 2009;12(1):77–95. doi:10.1080/15213260802669458

122. Sezer Efe Y, Erdem E, Vural B. Lise öğrencilerinde siber zorbalık ve internet bağımlılığı. Bağımlılık Derg. 2021;22(4):465–473. doi:10.51982/bagimli.936930
123. Tunç C. Lise öğrencilerinde dijital oyun bağımlılığı ve siber zorbalık [Yüksek Lisans Tezi]. [Van]: Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, YÖKTEZ Veri Tabanı; 2023.
124. Savage MW, Tokunaga RS. Moving toward a theory: Testing an integrated model of cyberbullying perpetration, aggression, social skills, and Internet self-efficacy. Comput Hum Behav. 2017;71:353–361. doi:10.1016/j.chb.2017.02.016
125. Cross D, Shaw T, Hadwen K, Cardoso P, Slee P, Roberts C, et al. Longitudinal impact of the Cyber Friendly Schools program on adolescents' cyberbullying behavior. Aggress Behav. 2016;42(2):166–180. doi:10.1002/ab.21609
126. Arifin R, Wedhatami B, Alkadri R, Nte ND. The internet gang of violence: Trend of cyberbullying on the internet. AIP Conf Proc. 2022;2573:040012. doi:10.1063/5.0109805
127. Yudes C, Rey L, Extremera N. The moderating effect of emotional intelligence on problematic internet use and cyberbullying perpetration among adolescents: Gender differences. Psychol Rep. 2022;125(6):2902–2921. doi:10.1177/00332941211031792
128. Walther B, Hanewinkel R, Morgenstern M. Effects of a brief school-based media literacy intervention on digital media use in adolescents: Cluster randomized controlled trial. Cyberpsychol Behav Soc Netw. 2014;17(9):616–623. doi:10.1089/cyber.2014.0173
129. Gentile DA, Choo H, Liau A, Sim T, Li D, Fung D, et al. Pathological video game use among youths: a two-year longitudinal study. Pediatrics. 2011;127(2):e319–e329. doi:10.1542/peds.2010-1353.
130. Çelik M. 0–15 yaş grubundaki çocuklarda dijital oyun bağımlılığı ile akran zorbalığı arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. [İstanbul]: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, YÖKTEZ Veri Tabanı; 2021.
131. Koyuncuoğlu E. Adölesanlarda sağlığı geliştirme modeli temelli sosyal medya kullanımı ve uyku hijyeni eğitiminin uyku kalitesine etkisi [Yüksek Lisans

Tezi]. [İstanbul]: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; YÖKTEZ Veri Tabanı; 2024.

132. Bal F, Okkay İ. Dijital oyunların çocuklarda uyku bozuklukları ile ilişkisinin incelenmesi. Hacettepe Üniv Sos Bilim Derg. 2021;3(2):132–153. Erişim Adresi: https://dergipark.org.tr/en/pub/husbdergi/issue/64675/876937
133. Öztürk Eyimaya A, Uğur S, Sezer TA, Tezel A. İlkokul dördüncü sınıf öğrencilerinde dijital oyun bağımlılığının uyku ve diğer bazı değişkenlere göre incelenmesi. J Turk Sleep Med. 2020;7(2):83–90. doi:10.4274/jtsm.galenos.2020.30502
134. Dong Y, Zou Z, Wang H, Dong B, Hu P, Ma Y, et al. National school-based health lifestyles intervention in Chinese children and adolescents on obesity and hypertension. Front Pediatr. 2021;9:615283. doi:10.3389/fped.2021.615283
135. Bener A, Yıldırım E, Torun P, Çatan F, Bolat E, Alıç S, et al. Internet addiction, fatigue, and sleep problems among adolescent students: A large scale study. Int J Ment Health Addict. 2019;17(4):959–969. doi:10.1007/s11469-018-9937-1
136. Özgür H. Online game addiction among Turkish adolescents: the effect of Internet parenting style. Malays Online J Educ Technol. 2019;7(1):47–68. doi:10.17220/mojet.2019.01.004.
137. Smahel D, Machackova H, Mascheroni G, Dedkova L, Staksrud E, Ólafsson K, et al. EU Kids Online 2020: survey results from 19 countries. EU Kids Online. 2020. doi:10.21953/lse.47fdeqj01ofo.
138. Acun T. Ortaokul sekizinci sınıf öğrencilerinin genel iyi oluşlarının yordanmasında dijital oyun bağımlılığı ve popülerlik algılarının incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. [Samsun]: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, YÖKTEZ Veri Tabanı; 2024.
139. Kay MA. Erken çocuklukta dijital oyun bağımlılığının yordayıcıları olarak; dijital ebeveynlik, aile içi ilişkiler ve sosyal yeterlilik [Doktora Tezi]. [Malatya]: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, YÖKTEZ Veri Tabanı; 2022.
140. Sağlam V. Ebeveynlerin dijital ebeveynlik öz yeterliliği ile çocukların dijital oyun bağımlılığı arasındaki ilişkinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi

[Yüksek Lisans Tezi]. [İstanbul]: İstanbul Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, YÖKTEZ Veri Tabanı; 2024.

141. Karabulut B. Ortaöğretim öğrencilerinde dijital oyun bağımlılığı ve şiddet eğilimi ilişkisi [Yüksek Lisans Tezi]. [Gaziantep]: Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, YÖKTEZ Veri Tabanı; 2019.
142. Şen İ. Lise öğrencilerinin dijital oyun bağımlılığı: Kırıkkale lise öğrencileri üzerine bir araştırma [Yüksek Lisans Tezi]. [Aksaray]: Aksaray Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, YÖKTEZ Veri Tabanı; 2023.
143. Johnson JL, Edwards PM. Youth gaming addiction: Implications for school nurses. NASN Sch Nurse. 2020;35(5):284–289. doi:10.1177/1942602X19888615
144. Fertman CI, Allensworth DD. Sağlığı geliştirme programları: teoriden pratiğe. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2012. Yayın no: 882
145. Çiçek E, Çetinkaya F. Seçilmiş ilçe merkezindeki lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Sağlık Bilim Derg. 2017;26(1):29–38.
146. İzoğlu A. 15–17 yaş arası ergenlerde sağlık okuryazarlığı [Yüksek Lisans Tezi]. [Ankara]: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, YÖKTEZ Veri Tabanı; 2017.
147. World Health Organization. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to support country implementation. Geneva: WHO; 2017 [Erişim Tarihi:06 Haziran 2024]. Erişim Adresi: https://www.who.int/publications/i/item/9789241512343
148. World Health Organization. Coming of age: Adolescent health. Geneva: WHO; 2019 [Erişim Tarihi:15 Haziran 2024]. Erişim Adresi: https://www.who.int/news-room/spotlight/coming-of-age-adolescent-health
149. World Health Organization. Adolescent health. Geneva: WHO; 2023 [Erişim Tarihi:10 Eylül 2024]. Erişim Adresi: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health
150. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Çocuk 2023. Ankara: TÜİK; 2023 [Erişim Tarihi:01 Eylül 2024]. Erişim Adresi: https://www.tuik.gov.tr/media/announcements/istatistiklerle_cocuk_2023.pdf

151. Blakemore SJ, Mills KL. Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing? Annu Rev Psychol. 2014;65:187–207. doi:10.1146/annurev-psych-010213-115202.

152. Şahinöz T, Şahinöz S, Kıvanç A. Sağlığı geliştirmenin en kolay yolu: Okul sağlığı. Gümüşhane Univ Sağlık Bilim Derg. 2017;6(4):303–312.

153. Lee A, Lo ASC, Keung MW, Kwong CMA, Wong KK. Effective health promoting school for better health of children and adolescents: Indicators for success. BMC Public Health. 2019;19(1):1088. doi:10.1186/s12889-019-7425-6

154. Centers for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Survey: data summary & trends report: 2007–2017 [Internet]. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services; 2018 [Erişim Tarihi: 03 Aralık 2024]. Erişim Adresi: https://www.cdc.gov/yrbs/dstr/pdf/trendsreport.pdf.

155. Yesilfidan D, Adana F. The impact of health behaviours development training on healthy lifestyle behaviours amongst adolescents with obesity risk: a school example in a city in western Turkey. J Pak Med Assoc. 2017;67(11):1698–1703.

156. Merlo CL, Jones SE, Michael SL, Chen TJ, Sliwa SA, Lee SH, et al. Dietary and physical activity behaviors among high school students — Youth Risk Behavior Survey, United States, 2019. MMWR Suppl. 2020;69(1):64–76. doi:10.15585/mmwr.su6901a8

157. Hockenberry MJ, Wilson D, Rodgers CC. Wong's essentials of pediatric nursing [İnternet]. 10th ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2017. p. 829-954. [Erişim Tarihi: 03 Aralık 2024]. Erişim Adresi: https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/638/1/Wong%E2%80%99s%20Essentials%20of%20Pediatric%20Nursing%20by%20Marilyn%20J.%20Hockenberry%20Cheryl%20C.%20Rodgers%20David%20M.%20Wilson%20(z-lib.org).pdf

158. Özcebe LH, Bağcı Bosi T. Türkiye Çocukluk Çağı Obezite Araştırması COSI-TUR 2022 [İnternet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; 2022 [Erişim Tarihi: 03 Şubat 2025]. Yayın No: 1295. Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-

db/Dokumanlar/Kitaplar/Turkiye_Cocukluk_Cagi_Obezite_Arastirmasi_2022.pdf

159. Bryan S, Afful J, Carroll M, Te-Ching C, Orlando D, Fink S, et al. National Health and Nutrition Examination Survey 2017–March 2020 Pre-pandemic. Natl Health Stat Report. 2021;2021(158):2–20.
160. Mete T. Çocuklarda dijital oyun bağımlılığının yeme ve uyku bozuklukları üzerine etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. [Nevşehir]: Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, YÖKTEZ Veri Tabanı; 2024.
161. Demirci S. Ergenlerde dijital oyun bağımlılığı ile akran ilişkileri, analitik düşünme becerileri ve fiziksel aktivite yeterlilikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. [İstanbul]: Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, YÖKTEZ Veri Tabanı; 2024.
162. Rhodes RE, McEwan D, Rebar AL. Theories of physical activity behaviour change: a history and synthesis of approaches. Psychol Sport Exerc. 2019;42:100-9. doi: 10.1016/j.psychsport.2018.11.010.
163. Centers for Disease Control and Prevention. School health guidelines to promote healthy eating and physical activity. MMWR Recomm Rep. 2011;60(RR-5):1-76. [Erişim Tarihi 02 Aralık 2024]. Erişim Adresi: https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6005a1.htm.
164. Yıldırım Şişman N, Arslan Çakır G. Adölesanlarda öz-bakım gücü - sağlığı geliştirme arasındaki ilişki ve öz-bakım gücünü etkileyen faktörler. Hacettepe Univ Hemşirelik Fak Derg. 2021;8(1):29-34.
165. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu. Birinci basamak sağlık çalışanları için ergen sağlığına ve sorunlarına yaklaşım cep kitabı [Internet]. Özcebe H, editor. Ankara: Kayıhan Ajans; 2017. p. 17-26. [Erişim Tarihi 02 Aralık 2024]. Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk-ergen-sagligi-db/Dokumanlar/Kitaplar/Birinci_basamak_saglik_calisanlari_icin_ergen_sagligina_ve_sorunlarina_yaklasim_cep_kitap.pdf.
166. Aktaş Özakgül A, Aşti TA, Ataç M, Mercan K. Lise son sınıf öğrencileri sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahipler mi? Florence Nightingale Hemşirelik Derg. 2016;24(1):16-23. doi: 10.17672/fnhd.43520.

167. Çoban T, Özcebe H. Çocuklarda sağlığın geliştirilmesinde sağlık okuryazarlığının rolü. Turk J Public Health. 2019;17(3):337-49. doi: 10.20518/tjph.464542.
168. Sleep Foundation. Teens and sleep [Internet]. Seattle: Sleep Foundation; 2023 [Erişim Tarihi 02 Aralık 2024] Erişim Adresi: https://www.sleepfoundation.org/teens-and-sleep.
169. Öztürk A, Sezer TA, Tezel A. Evaluation of sleep and television viewing habits of primary school students. J Turk Sleep Med. 2018;5(3):73-80. doi: 10.4274/jtsm.99609.
170. Centers for Disease Control and Prevention. Youth risk behavior surveillance system (YRBSS) [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2019 [Erişim Tarihi 05 Aralık 2024] Erişim Adresi: https://www.cdc.gov/yrbs/index.html.
171. World Health Organization. Health literacy and health behaviour [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [Erişim Tarihi 05 Aralık 2024]. Erişim Adresi: https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference/health-literacy.
172. Üstündağ A. Examining school-aged children's health literacy knowledge levels. İnsan ve Sosyal Bilimler Dergisi. 2020;2(3):567–577.
173. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. Nurs Res. 1987;36(2):76-81. doi: 10.1097/00006199-198703000-00002.
174. Karadaş H, Işıker Y, Altınok S. Okul sağlığı ve güvenliği bağlamında okul hemşireliğine duyulan ihtiyaç: olgubilim çalışması. Anatolian J Health Res. 2024;5(3):244–50. doi:10.61534/anatoljhr.1543393
175. Akgül E, Ergün A, Gür K. Güncel yasal düzenlemeler doğrultusunda okul sağlığı hemşireliği. Celal Bayar Univ Sağlık Bil Enstit Derg. 2024;11(2):337-43. doi: 10.34087/cbusbed.1363146.
176. Holmes BW, Allison M, Ancona R, Attisha E, Beers N, De Pinto C, et al. Role of the school nurse in providing school health services. Pediatrics. 2016;137(6):e20160852. doi: 10.1542/peds.2016-0852.

177. Grant S, Mayo-Wilson E, Montgomery P, Macdonald G, Michie S, Hopewell S, et al. CONSORT-SPI 2018 explanation and elaboration: guidance for reporting social and psychological intervention trials. Trials. 2018;19(1):406. doi: 10.1186/s13063-018-2735-z.

178. Akın B, Koçoğlu-Tanyer D. SPIRIT 2013 bildirisi: Klinik deneyler için standart protokol maddelerinin tanımlanması. Hacettepe Univ Hemşirelik Fak Derg. 2021;8(1):117-27.

179. Hopewell S, Chan AW, Collins GS, Hróbjartsson A, Moher D, Schulz KF, et al. CONSORT 2025 explanation and elaboration: updated guideline for reporting randomised trials. BMJ. 2025;389:e081124. doi: 10.1136/bmj-2024-081124.

180. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):175-91. doi: 10.3758/bf03193146.

181. Cohen J. A power primer. Psychol Bull. 1992;112(1):155-9. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155.

182. Brydges CR. Effect size guidelines, sample size calculations, and statistical power in gerontology. Innov Aging. 2019;3(4):igz036. doi: 10.1093/geroni/igz036.

183. R Core Team. R: a language and environment for statistical computing [Internet]. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2021 [Erişim Tarihi 20 Ocak 2025]. Erişim Adresi: https://www.R-project.org/.

184. Demir E, Bulut İH. Ortaokul öğrencilerinde görülen dijital oyun bağımlılığının öğrenci görüşlerinden yararlanılarak çeşitli açılardan incelenmesi. Okul Yönetimi Derg. 2023;2(3):119-36. Erişim Adresi: https://dergipark.org.tr/tr/pub/oyd/issue/79999/1297163.

185. Ortabag T, Ozdemir S, Bakir B, Tosun N. Health promotion and risk behaviors among adolescents in Turkey. J Sch Nurs. 2011;27(4):304-15. doi: 10.1177/1059840511408322.

186. Chen MY, Wang EK, Yang RJ, Liou YM. Adolescent health promotion scale: development and psychometric testing. Public Health Nurs. 2003;20(2):104-10. doi: 10.1046/j.1525-1446.2003.20204.x.

187. Bayık Temel A, Başalan İz F, Yıldız S, Yetim D. The reliability and validity of Adolescent Health Promotion Scale in Turkish community. Güncel Pediatri. 2011;9(2):14-22. Erişim Adresi: https://dergipark.org.tr/tr/pub/pediatri/issue/51119/666264
188. Ozturk FO, Ayaz-Alkaya S. Health literacy and health promotion behaviors of adolescents in Turkey. J Pediatr Nurs. 2020;54:e31-e35. doi: 10.1016/j.pedn.2020.04.019.
189. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Adölesan (ergenlik) çağı çocuklarda beslenme [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2020 [Erişim Tarihi 02 Şubat 2025]. Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme/ergenlik-doneminde-beslenme.html.
190. World Health Organization. Addictive behaviours: gaming disorder [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 Oct 22 [Erişim Tarihi 10 Aralık 2024] Erişim Adresi: https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/addictive-behaviours-gaming-disorder.
191. World Health Organization. Guideline: implementing effective actions for improving adolescent nutrition [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [Erişim Tarihi 12 Aralık 2024] Erişim Adresi: https://www.who.int/publications/i/item/9789241513708.
192. World Health Organization. Physical activity [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [Erişim Tarihi 12 Şubat 2025] Erişim Adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity.
193. Yeşilay. Türkiye bağımlılıkla mücadele eğitim programı: teknoloji canavara dönüşmeden! [Internet]. İstanbul: Yeşilay; 2021 [Erişim Tarihi 12 Şubat 2025] Erişim Adresi: https://tbm.org.tr/
194. Richardson JT. Eta squared and partial eta squared as measures of effect size in educational research. Educ Res Rev. 2011;6(2):135-47. doi: 10.1016/j.edurev.2010.12.001.
195. El Karkri M, Quesada A, Romero-Ariza M. Methodological aspects of the Solomon four-group design: detecting pre-test sensitisation and analysing qualitative and quantitative variables in education research. Rev Educ. 2025;13(1):e3467. doi: 10.1002/rev3.3467.

196. Walton Braver MC, Braver SL. Statistical treatment of the Solomon four-group design: a meta-analytic approach. Psychol Bull. 1988;104(1):150-4. doi: 10.1037/0033-2909.104.1.150.

197. Roșioară AI, Năsui BA, Ciuciuc N, Sîrbu DM, Curșeu D, Pop AL, et al. Status of healthy choices, attitudes and health education of children and young people in Romania—a literature review. Medicina (Kaunas). 2024;60(5):725. doi: 10.3390/medicina60050725.

198. Mai NN, Takahashi Y. Testing the effectiveness of transfer interventions using Solomon four-group designs. Educ Sci. 2020;10(4):92. doi: 10.3390/educsci10040092.

199. Haya M, Wahyu T. Pengaruh edukasi gizi dengan metode ceramah dan video animasi terhadap pengetahuan gizi seimbang untuk pencegahan anemia remaja di SMA N 9 Kota Bengkulu. J Vokasi Keperawatan. 2021;4(1):253-66. Erişim Adresi: https://ejournal.unib.ac.id/index.php/JurnalVokasiKeperawatan/article/view/16162.

200. Akgül EG. 12-14 yaş arası öğrencilerde aerobik egzersiz ve sağlıklı yaşam eğitimlerinin beslenme, fiziksel aktivite ve obezite farkındalık düzeyleri üzerine etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. [Van]: Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, YÖKTEZ Veri Tabanı; 2019.

201. Baroni A, Bruzzese JM, DiBartolo CA, Ciarleglio A, Shatkin JP. Impact of a sleep course on sleep, mood and anxiety symptoms in college students: a pilot study. J Am Coll Health. 2018;66(1):41-50. doi: 10.1080/07448481.2017.1369091.

202. Kira G, Maddison R, Hull M, Blunden S, Olds T. Sleep education improves the sleep duration of adolescents: a randomized controlled pilot study. J Clin Sleep Med. 2014;10(7):787-92. doi: 10.5664/jcsm.3908.

203. Rigney G, Blunden S, Maher C, Dollman J, Parvazian S, Matricciani L, et al. Can a school-based sleep education programme improve sleep knowledge, hygiene and behaviours using a randomised controlled trial. Sleep Med. 2015;16(6):736-45. doi: 10.1016/j.sleep.2015.02.534.

204. Gruber R. School-based sleep education programs: a knowledge-to-action perspective regarding barriers, proposed solutions, and future directions. Sleep Med Rev. 2017;36:13-28. doi: 10.1016/j.smrv.2016.10.001.

8. EKLER

8.1. EK 1: TABAKALI BLOK RANDOMİZASYON TABLOSU

Tablo. Katılımcıların tabakalı blok randomizasyon sürecine göre çalışma gruplarına dağılımı

Tabaka	Katılımcı Kayıt Sırası	Katılımcı Kodu	Blok Kodu	Çalışma Grubu	Tabaka	Katılımcı Kayıt Sırası	Katılımcı Kodu	Blok Kodu	Çalışma Grubu
1	1	OW8	A	Kontrol I	1	21	HZ1	C	Müdahale I
1	2	SU3	B	Kontrol II	1	22	ZP9	D	Müdahale II
1	3	NG5	D	Müdahale II	1	23	GT1	A	Kontrol I
1	4	CU8	D	Müdahale II	1	24	JF9	D	Müdahale II
1	5	JF8	D	Müdahale II	1	25	IK5	B	Kontrol II
1	6	RY6	A	Kontrol I	1	26	SH3	D	Müdahale II
1	7	VB2	C	Müdahale I	1	27	DV0	C	Müdahale I
1	8	KE7	C	Müdahale I	1	28	NV5	D	Müdahale II
1	9	EH8	A	Kontrol I	1	29	QG2	A	Kontrol I
1	10	TL2	C	Müdahale I	1	30	KP7	C	Müdahale I
1	11	NM6	B	Kontrol II	1	31	GQ2	C	Müdahale I
1	12	VR2	B	Kontrol II	1	32	UV7	D	Müdahale II
1	13	YA6	A	Kontrol I	1	33	LR0	C	Müdahale I
1	14	ZY5	C	Müdahale I	1	34	OQ6	D	Müdahale II
1	15	EY9	B	Kontrol II	1	35	JB6	B	Kontrol II
1	16	SF4	B	Kontrol II	1	36	MD6	B	Kontrol II
1	17	YU4	A	Kontrol I	1	37	GM9	B	Kontrol II
1	18	YO7	A	Kontrol I	1	38	IE5	A	Kontrol I
1	19	II2	D	Müdahale II	1	39	IV6	B	Kontrol II
1	20	CO9	C	Müdahale I	1	40	JS9	A	Kontrol I

Tabakalı blok randomizasyona ilişkin katılımcıların gruplara ataması R programında yapıldı.

Tablo. Katılımcıların tabakalı blok randomizasyon sürecine göre çalışma gruplarına dağılımı

Tabaka	Katılımcı Kayıt Sırası	Katılımcı Kodu	Blok Kodu	Çalışma Grubu	Tabaka	Katılımcı Kayıt Sırası	Katılımcı Kodu	Blok Kodu	Çalışma Grubu
2	1	TK5	C	Müdahale I	2	21	UI1	C	Müdahale I
2	2	KA1	B	Kontrol II	2	22	PI9	A	Kontrol I
2	3	YY0	B	Kontrol II	2	23	WE5	C	Müdahale I
2	4	WS4	A	Kontrol I	2	24	AW6	D	Müdahale II
2	5	HJ8	D	Müdahale II	2	25	HN8	B	Kontrol II
2	6	NU3	A	Kontrol I	2	26	HN0	B	Kontrol II
2	7	UV2	B	Kontrol II	2	27	JF4	D	Müdahale II
2	8	MM8	D	Müdahale II	2	28	YA4	C	Müdahale I
2	9	BK0	D	Müdahale II	2	29	HZ7	B	Kontrol II
2	10	KK1	D	Müdahale II	2	30	RJ4	C	Müdahale I
2	11	MY3	C	Müdahale I	2	31	UQ6	D	Müdahale II
2	12	NT9	B	Kontrol II	2	32	IZ3	A	Kontrol I
2	13	FZ0	D	Müdahale II	2	33	GQ1	B	Kontrol II
2	14	YG4	C	Müdahale I	2	34	GZ0	A	Kontrol I
2	15	HY4	D	Müdahale II	2	35	ZU0	D	Müdahale II
2	16	LW8	A	Kontrol I	2	36	JG1	C	Müdahale I
2	17	ZZ7	B	Kontrol II	2	37	XU0	A	Kontrol I
2	18	DT6	C	Müdahale I	2	38	VZ1	A	Kontrol I
2	19	MX8	B	Kontrol II	2	39	WI7	A	Kontrol I
2	20	NY4	A	Kontrol I	2	40	ZT0	C	Müdahale I

Tabakalı blok randomizasyona ilişkin katılımcıların gruplara ataması R programında yapıldı.

Tablo. Katılımcıların tabakalı blok randomizasyon sürecine göre çalışma gruplarına dağılımı									
Tabaka	**Katılımcı Kayıt Sırası**	**Katılımcı Kodu**	**Blok Kodu**	**Çalışma Grubu**	**Tabaka**	**Katılımcı Kayıt Sırası**	**Katılımcı Kodu**	**Blok Kodu**	**Çalışma Grubu**
3	1	LV8	C	Müdahale I	3	21	TO3	D	Müdahale II
3	2	CJ4	D	Müdahale II	3	22	IS6	B	Kontrol II
3	3	YP7	C	Müdahale I	3	23	PC9	B	Kontrol II
3	4	RE1	D	Müdahale II	3	24	HN7	A	Kontrol I
3	5	OD4	C	Müdahale I	3	25	GA3	D	Müdahale II
3	6	VR1	C	Müdahale I	3	26	JX9	A	Kontrol I
3	7	CA5	A	Kontrol I	3	27	QA8	B	Kontrol II
3	8	SP9	C	Müdahale I	3	28	RP5	C	Müdahale I
3	9	YQ9	A	Kontrol I	3	29	HK2	C	Müdahale I
3	10	RL8	B	Kontrol II	3	30	SD3	A	Kontrol I
3	11	QU6	B	Kontrol II	3	31	JX8	A	Kontrol I
3	12	FB5	A	Kontrol I	3	32	WL8	D	Müdahale II
3	13	JR2	B	Kontrol II	3	33	KM3	A	Kontrol I
3	14	HL7	C	Müdahale I	3	34	QJ3	C	Müdahale I
3	15	JO6	B	Kontrol II	3	35	LJ5	C	Müdahale I
3	16	ZS3	A	Kontrol I	3	36	BX4	D	Müdahale II
3	17	MU7	B	Kontrol II	3	37	SG0	D	Müdahale II
3	18	TF2	D	Müdahale II	3	38	MR7	D	Müdahale II
3	19	FP7	B	Kontrol II	3	39	MQ6	A	Kontrol I
3	20	TZ5	B	Kontrol II	3	40	ST4	D	Müdahale II
Tabakalı blok randomizasyona ilişkin katılımcıların gruplara ataması R programında yapıldı.									

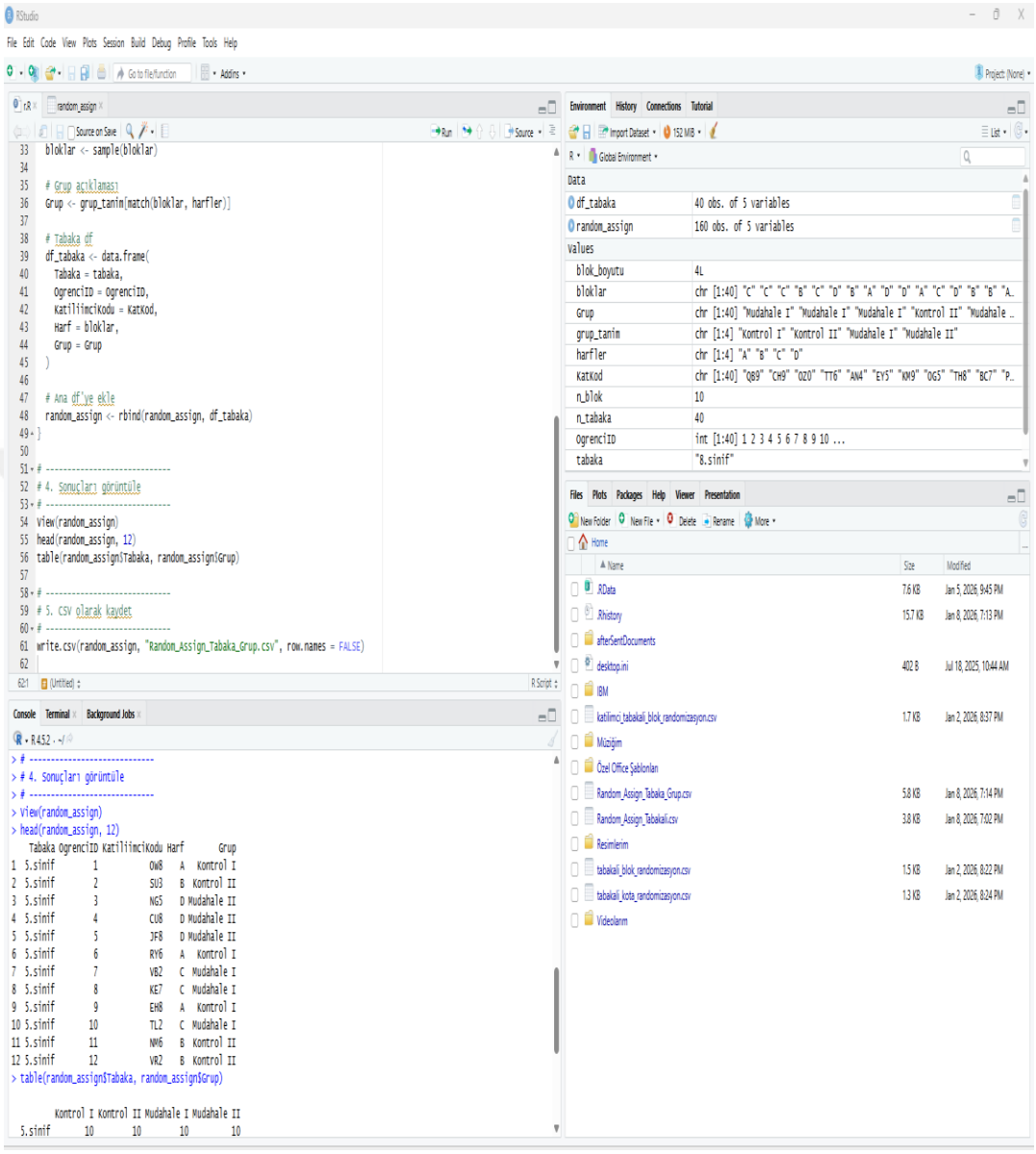
Tablo. Katılımcıların tabakalı blok randomizasyon sürecine göre çalışma gruplarına dağılımı

Tabaka	Katılımcı Kayıt Sırası	Katılımcı Kodu	Blok Kodu	Çalışma Grubu	Tabaka	Katılımcı Kayıt Sırası	Katılımcı Kodu	Blok Kodu	Çalışma Grubu
4	1	QB9	C	Müdahale I	4	21	UX3	D	Müdahale II
4	2	CH9	C	Müdahale I	4	22	WW0	D	Müdahale II
4	3	OZ0	C	Müdahale I	4	23	SE2	A	Kontrol I
4	4	TT6	B	Kontrol II	4	24	BQ7	B	Kontrol II
4	5	AN4	C	Müdahale I	4	25	XZ1	C	Müdahale I
4	6	EY5	D	Müdahale II	4	26	DY0	D	Müdahale II
4	7	KM9	B	Kontrol II	4	27	VY8	B	Kontrol II
4	8	OG5	A	Kontrol I	4	28	ZK6	C	Müdahale I
4	9	TH8	D	Müdahale II	4	29	WW6	C	Müdahale I
4	10	BC7	D	Müdahale II	4	30	KZ3	B	Kontrol II
4	11	PV0	A	Kontrol I	4	31	VD6	C	Müdahale I
4	12	WP5	C	Müdahale I	4	32	AM3	B	Kontrol II
4	13	SV1	D	Müdahale II	4	33	VH8	D	Müdahale II
4	14	JX7	B	Kontrol II	4	34	XO3	A	Kontrol I
4	15	SA9	B	Kontrol II	4	35	SD9	A	Kontrol I
4	16	QL7	A	Kontrol I	4	36	RM8	C	Müdahale I
4	17	GR8	B	Kontrol II	4	37	PC7	D	Müdahale II
4	18	FU7	A	Kontrol I	4	38	CG6	B	Kontrol II
4	19	LN8	A	Kontrol I	4	39	AA8	D	Müdahale II
4	20	DH8	A	Kontrol I	4	40	BF2	A	Kontrol I

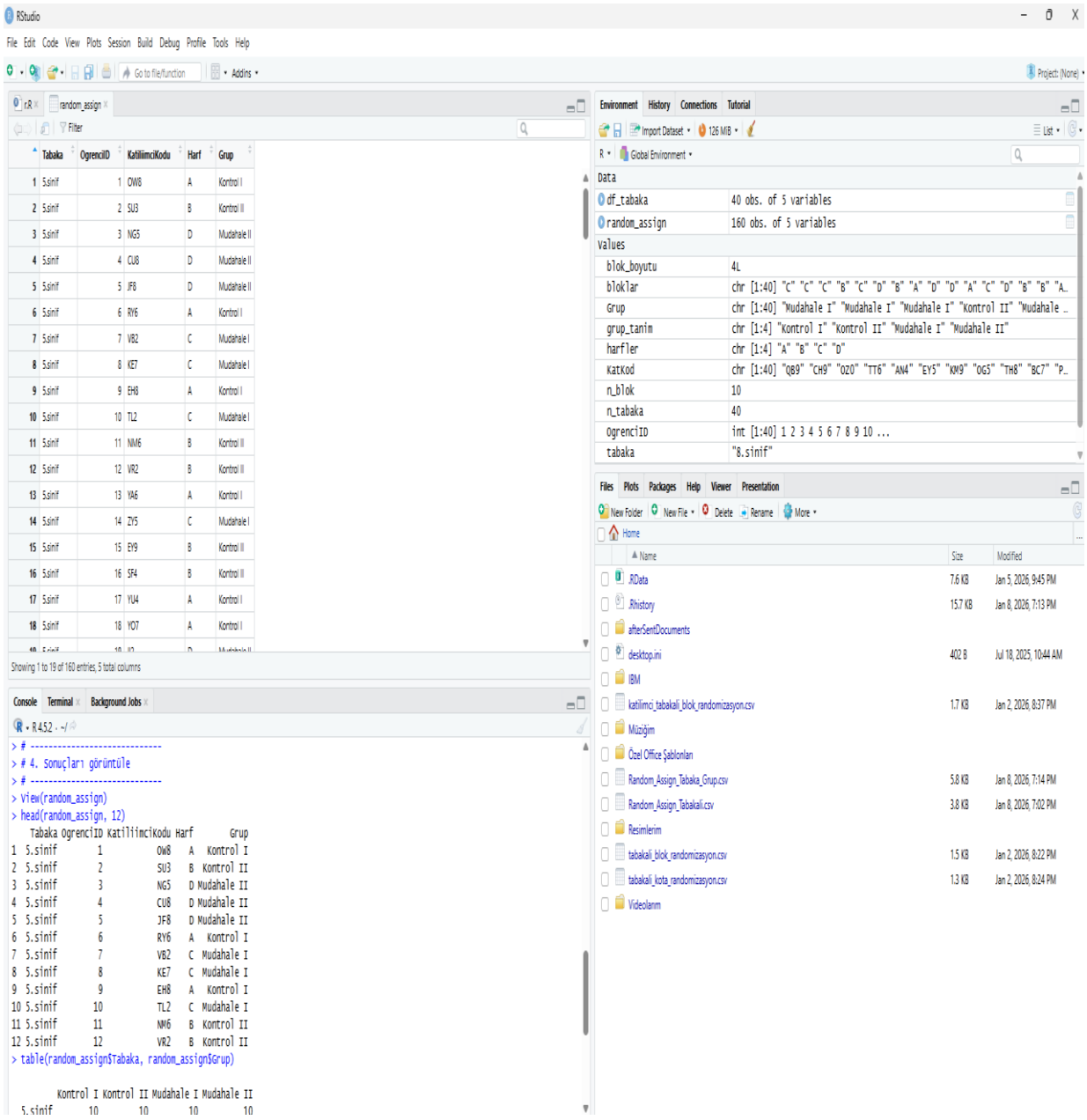
Tabakalı blok randomizasyona ilişkin katılımcıların gruplara ataması R programında yapıldı.

TABAKALI BLOK RANDOMİZASYON

(4 GRUP – BLOK BOYUTU = 4 = A B C D)



TABAKALI BLOK RANDOMİZASYON
(4 GRUP – BLOK BOYUTU = 4 = A B C D)



8.2. EK 2 FORMLAR

8.2.1. VERİ TOPLAMA FORMU

Sevgili öğrencimiz, anket formundaki soruları dikkatli bir şekilde okumanız ve kendinize en uygun seçeneği içtenlikle yanıtlamanız istenmektedir. Ankette, size ait bazı bilgiler ile dijital oyun ve sağlık davranışları ile ilgili bazı sorulara yer verilmiştir. Cevaplar arasında doğru ya da yanlış cevap yoktur. Kendinize en uygun seçeneği seçip, lütfen samimiyetle işaretleyiniz. Bu ankete vereceğiniz tüm cevaplarınız gizli tutulacak, hiçbir şekilde isim belirtilerek açıklanmayacaktır. Bu çalışmaya göstermiş olduğunuz duyarlılık ve katılımınız için, teşekkür ederiz...

Uzman Hemşire Özge Işıl ÇETİN

1) Cinsiyetiniz: ( ) Kız ( ) Erkek
2)Doğum Yılı: 201….
3)Sınıfınız ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8
4)Gelir düzeyinizi nasıl tanımlarsınız. ( ) Gelir giderden az ( ) Gelir gidere eşit ( ) Gelir giderden fazla
5) Annenizin eğitim düzeyi nedir? ( ) İlkokul mezunu ve altında ( ) Ortaokul mezunu ( ) Lise mezunu ( ) Üniversite mezunu ve üzeri
6) Babanızın eğitim düzeyi nedir? ( ) İlkokul mezunu ve altında ( ) Ortaokul mezunu ( ) Lise mezunu ( ) Üniversite mezunu ve üzeri
7) Annenizin çalışma durumu nedir? ( ) Çalışıyor ( ) Çalışmıyor ( ) Emekli
8) Babanızın çalışma durumu nedir? ( ) Çalışıyor ( ) Çalışmıyor ( ) Emekli
9) Kardeş sayısı (kendiniz hariç) ( ) Kardeşim yok ( ) 1-2 ( ) 3 ve üzeri
10)Akademik Başarı Durumunu nasıl tanımlarsınız? ( ) İyi ( ) Orta ( ) Kötü
11) Kullandığınız dijital teknolojik araçlar nelerdir? ( ) Cep Telefonu ( ) Bilgisayar ( ) Tablet ( ) Oyun konsolu ( )Akıllı saat

12) Kaç yıldır dijital teknolojik araçları kullanıyorsunuz? ( ) 0-1 yıl ( ) 2-3 yıl ( ) 4 yıl ve üzeri
13)Evinizde dijital teknolojik araçlarla internete sürekli erişebiliyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır
14)Dijital oyun oynayan ebeveyn var mı? ( ) Annem oynuyor ( ) Babam oynuyor ( ) Hiç biri oynamıyor
15)Dijital oyun oynayan kardeşiniz var mı? ( ) Kardeşim(abla/abi) oynuyor ( ) Hiç biri oynamıyor
16)Dijital oyun oynayan arkadaşınız var mı? ( ) Evet ( ) Hayır
17) Günde ortalama kaç saat uyursunuz? ( ) Hafta içi günlerinde …….. saat ( ) Hafta sonu günlerinde …….. saat
18) Okul saatinde uykulu olur musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır
19) Uyandığınızda kendinizi dinlenmiş hissediyor musunuz? ( ) Her zaman ( ) Genellikle ( ) Ara sıra ( ) Nadiren ( ) Hiç
20) Uyku kalitenizi 0 ile 10 aralığında puanlayınız. Puanım:…… **0…..1…..2…..3…..4…..5…..6…..7…..8…..9…..10** **Çok kötü** **Çok iyi**
21)Ne derecede yeterli ve dengeli beslendiğinizi düşünüyor musunuz? **0…..1…..2…..3…..4…..5…..6…..7…..8…..9…..10** **Hiç yeterli ve dengeli değil** **Çok yeterli ve dengeli**
22) Kilo: ……. Boy:……

ÇOCUKLAR İÇİN DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIK ÖLÇEĞİ

Değerli katılımcılar, Aşağıda son bir yıldaki dijital oyun oynamanızla ilgili bazı SORULAR yer almaktadır. Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyup size uygun olan ifadelerin karşına: **1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Tamamen Katılıyorum** şeklinde görüşlerinizi **(x)** işareti koyarak belirtiniz.	**Hiçbir zaman**	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Tamamen Katılıyorum**
1. Mutsuz olduğum zamanlarda dijital oyun oynamak beni rahatlatır.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Dijital oyun oynarken acıktığımın farkına varmam.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Her defasında daha uzun süre dijital oyun oynamak isterim.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Dijital oyun oynamadığım zaman kendimi huzursuz hissederim.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Annen ve baban dijital oyun oynamamı engeller onlara dijital oyun oynamak için ısrar ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
6. İstediğin zaman dijital oyun oynayamazsam sinirlenirim /öfkelenirim.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Sınıfta ders esnasında dijital oyun oynamayı hayal ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Dijital oyun oynamadığım zaman iştahım kaçar.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Okul dışındaki vaktimin çoğunu dijital oyun oynayarak geçiririm.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Bilgisayar, cep telefonu, tablet gibi teknolojik araçları gördüğümde aklıma gelen ilk şey dijital oyun oynamak olur.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Gün içerisinde birdenbire /aniden dijital oyun oynamayı istediğim zamanlar olur.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Dijital oyun oynadığım için arkadaşlarımla başka oyunlar oynamaya zamanım kalmaz.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Ev dışında herhangi bir yere gittiğimde dijital oyun oynayabileceğim bir araç (bilgisayar, telefon, tablet, konsol vb.) var mı diye etrafa bakınırım.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Başkaları ile yüz yüze sohbet etmek yerine dijital oyun oynamayı tercih ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Sabah uyandığımda aklıma gelen ilk şey dijital oyun oynamak olur.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Bilgisayar telefon tablet ve konsol gibi dijital oyun araçlarından uzak kalmayı istemem.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Dijital oyun oynadığım için başka türlü eğlenceli aktivitelere (spor, müzik gibi) zamanım kalmaz.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Dijital oyunlar hayatımın olmazsa olmaz bir parçasıdır.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Dijital oyun oynamak için ev ödevlerimi aksattığım zamanlar olur.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Dijital oyun oynarken tuvalet ihtiyacını ertelediğim zamanlar olur.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Dijital oyunun olmadığı bir hayat bana sıkıcı gelir	☐	☐	☐	☐	☐
22. Okula gitmek yerine dijital oyun oynamayı tercih ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Başkalarına (arkadaşlar, öğretmenler vb.) dijital oyun oynadığım süre ile ilgili yalan söylediğim olur.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Dijital oyunun olmadığı bir hayat bana anlamsız gelir.	☐	☐	☐	☐	☐

ADÖLESAN SAĞLIĞI GELİŞTİRME ÖLÇEĞİ

Bu soru metni günlük yaşam biçiminiz ve kişisel alışkanlıklarınız hakkındaki konuları içermektedir. Lütfen, her bir başlığı mümkün oldukça doğru ve tam olarak, atlama yapmadan yanıtlamaya çalışınız. Her bir madde ile ilgili olan boşluğu, son bir yıldır yaptıklarınızı düşünerek uygun gördüğünüz şekli ile işaretlemeye çalışınız.	**Hiçbir zaman**	**Bazen**	**Genellikle**	**Sık sık**	**Her Zaman**
A. BÖLÜMÜ	**%10**	**%30**	**%50**	**%70**	**%90**
1) Günlük üç öğün yemek yerim.	☐	☐	☐	☐	☐
2) Çok yağlı olmayan gıdaları tercih ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
3) Öğünlerim lif içerir (örn; meyve ya da sebze).	☐	☐	☐	☐	☐
4) Günlük en az 1,5 litre su içerim (6-8 su bardağı).	☐	☐	☐	☐	☐
5) Her öğünüm 5 besin grubunu içerir (tahıl grubu, et grubu, süt grubu, meyve grubu, sebze grubu).	☐	☐	☐	☐	☐
6) Her gün kahvaltı yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐
B. BÖLÜMÜ					
7) Hislerimi-düşüncelerimi başkaları ile konuşarak paylaşırım.	☐	☐	☐	☐	☐
8) Diğer insanları da düşünürüm/ önemserim.	☐	☐	☐	☐	☐
9) Kaygılarım/endişelerim hakkında başkaları ile konuşurum.	☐	☐	☐	☐	☐
10) Her gün gülümsemek veya gülmek için gayret ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
11) Akrabalarımla görüşmekten keyif alırım.	☐	☐	☐	☐	☐
12) İyi arkadaşlıklara sahip olmak için çaba gösteririm.	☐	☐	☐	☐	☐
13) Sıkıntılarım hakkında başkaları ile konuşurum.	☐	☐	☐	☐	☐
C. BÖLÜMÜ					
14) Alış-verişte yiyeceklerin etiketlerini okurum.	☐	☐	☐	☐	☐
15) Kilomu takip ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
16) Sağlığımla ilgili endişelerimi bir doktor ya da hemşire ile görüşürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
17) En az, ayda bir kez vücudumu gözlemlerim.	☐	☐	☐	☐	☐
18) Yemeklerden sonra dişlerimi fırçalar ve diş ipi kullanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
19) Yemeklerden önce ellerimi yıkarım.	☐	☐	☐	☐	☐
20) Sağlıkla ilgili haberleri okurum.	☐	☐	☐	☐	☐
21) Koruyucu madde içermeyen yiyecekleri tüketmeyi tercih ederim.	☐	☐	☐	☐	☐

	Hiçbir zaman	Bazen	Genellikle	Sık sık	Her Zaman
D. BÖLÜMÜ					
22) Kendimi sevmeye gayret ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
23) Mutlu ve memnun hissetmeye çaba gösteririm.	☐	☐	☐	☐	☐
24) Genellikle olumlu düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
25) Gücümü, zayıf yönlerimi anlamaya ve onları kabul etmeye çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
26) Kusurlarımı düzeltmeye gayret ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
27) Benim için neyin önemli olduğunu anlamaya gayret ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
28) Her gün ilgili ve istekli hissetmeye çaba gösteririm.	☐	☐	☐	☐	☐
29) Yaşantımın bir amacı olduğuna inanmaya gayret ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
E. BÖLÜMÜ					
30) Her gün esneme egzersizi yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐
31) Hafta en az 3 gün 30 dk. yoğun egzersiz yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐
32) Her hafta okulda “Beden Eğitimi” dersine katılırım.	☐	☐	☐	☐	☐
33) Yoğun egzersiz yapmadan önce ısınırım.	☐	☐	☐	☐	☐
34) Dik durmaya ve dik oturmaya gayret ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
F. BÖLÜMÜ					
35) Gevşemek/rahatlamak için her gün zaman ayırmaya gayret ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
36) Stresimin kaynağını saptamaya gayret ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
37) Duygusal değişikliklerimi izlemeye gayret ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
38)Her gece 6-8 saat uyurum.	☐	☐	☐	☐	☐
39) Program yapar ve önceliklerimi düzenlerim.	☐	☐	☐	☐	☐
40) Adil olmayan olaylar karşısında kontrolü kaybetmemeye çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐

8.2.2. KISA FORM

Sevgili öğrenci, anket formundaki soruları dikkatli bir şekilde okumanız ve içtenlikle yanıtlamanız istenmektedir. Ankette, size ait bazı bilgiler ile bilimsel araştırma konusunda bazı sorulara yer verilmiştir. Araştırma sürecindeki tüm cevaplarınız gizli tutulacak, hiçbir şekilde isim belirtilerek açıklanmayacaktır. Cevaplar arasında doğru ya da yanlış cevap yoktur. Kendinize en uygun seçeneği seçip, lütfen samimiyetle işaretleyiniz. Bu çalışmaya göstermiş olduğunuz duyarlılık ve katılımınız için, teşekkür ederiz...

Uzman Hemşire Özge Işıl ÇETİN

1) Uyku kalitenizi 0 ile 10 aralığında puanlayınız. Puanım:……   0…..1…..2…..3…..4…..5…..6…..7…..8…..9…..10   **Çok kötü** **Çok iyi**
2)Ne derecede yeterli ve dengeli beslendiğinizi düşünüyor musunuz?   0…..1…..2…..3…..4…..5…..6…..7…..8…..9…..10   **Hiç yeterli ve dengeli değil** **Çok yeterli ve dengeli**

ÇOCUKLAR İÇİN DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIK ÖLÇEĞİ

Değerli katılımcılar, Aşağıda son bir yıldaki dijital oyun oynamanızla ilgili bazı SORULAR yer almaktadır. Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyup size uygun olan ifadelerin karşına: **1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Tamamen Katılıyorum** şeklinde görüşlerinizi **(x)** işareti koyarak belirtiniz.	**Hiçbir zaman**	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Tamamen Katılıyorum**
1. Mutsuz olduğum zamanlarda dijital oyun oynamak beni rahatlatır.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Dijital oyun oynarken acıktığımın farkına varmam.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Her defasında daha uzun süre dijital oyun oynamak isterim.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Dijital oyun oynamadığım zaman kendimi huzursuz hissederim.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Annen ve baban dijital oyun oynamamı engeller onlara dijital oyun oynamak için ısrar ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
6. İstediğin zaman dijital oyun oynayamazsam sinirlenirim /öfkelenirim.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Sınıfta ders esnasında dijital oyun oynamayı hayal ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Dijital oyun oynamadığım zaman iştahım kaçar.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Okul dışındaki vaktimin çoğunu dijital oyun oynayarak geçiririm.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Bilgisayar, cep telefonu, tablet gibi teknolojik araçları gördüğümde aklıma gelen ilk şey dijital oyun oynamak olur.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Gün içerisinde birdenbire /aniden dijital oyun oynamayı istediğim zamanlar olur.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Dijital oyun oynadığım için arkadaşlarımla başka oyunlar oynamaya zamanım kalmaz.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Ev dışında herhangi bir yere gittiğimde dijital oyun oynayabileceğim bir araç (bilgisayar, telefon, tablet, konsol vb.) var mı diye etrafa bakınırım.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Başkaları ile yüz yüze sohbet etmek yerine dijital oyun oynamayı tercih ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Sabah uyandığımda aklıma gelen ilk şey dijital oyun oynamak olur.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Bilgisayar telefon tablet ve konsol gibi dijital oyun araçlarından uzak kalmayı istemem.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Dijital oyun oynadığım için başka türlü eğlenceli aktivitelere (spor, müzik gibi) zamanım kalmaz.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Dijital oyunlar hayatımın olmazsa olmaz bir parçasıdır.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Dijital oyun oynamak için ev ödevlerimi aksattığım zamanlar olur.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Dijital oyun oynarken tuvalet ihtiyacını ertelediğim zamanlar olur.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Dijital oyunun olmadığı bir hayat bana sıkıcı gelir	☐	☐	☐	☐	☐
22. Okula gitmek yerine dijital oyun oynamayı tercih ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Başkalarına (arkadaşlar, öğretmenler vb.) dijital oyun oynadığım süre ile ilgili yalan söylediğim olur.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Dijital oyunun olmadığı bir hayat bana anlamsız gelir.	☐	☐	☐	☐	☐

ADÖLESAN SAĞLIĞI GELİŞTİRME ÖLÇEĞİ

Bu soru metni günlük yaşam biçiminiz ve kişisel alışkanlıklarınız hakkındaki konuları içermektedir. Lütfen, her bir başlığı mümkün oldukça doğru ve tam olarak, atlama yapmadan yanıtlamaya çalışınız. Her bir madde ile ilgili olan boşluğu, son bir yıldır yaptıklarınızı düşünerek uygun gördüğünüz şekli ile işaretlemeye çalışınız.	**Hiçbir zaman**	**Bazen**	**Genellikle**	**Sık sık**	**Her Zaman**
A. BÖLÜMÜ	**%10**	**%30**	**%50**	**%70**	**%90**
1) Günlük üç öğün yemek yerim.	☐	☐	☐	☐	☐
2) Çok yağlı olmayan gıdaları tercih ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
3) Öğünlerim lif içerir (örn; meyve ya da sebze).	☐	☐	☐	☐	☐
4) Günlük en az 1,5 litre su içerim (6-8 su bardağı).	☐	☐	☐	☐	☐
5) Her öğünüm 5 besin grubunu içerir (tahıl grubu, et grubu, süt grubu, meyve grubu, sebze grubu).	☐	☐	☐	☐	☐
6) Her gün kahvaltı yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐
B. BÖLÜMÜ					
7) Hislerimi-düşüncelerimi başkaları ile konuşarak paylaşırım.	☐	☐	☐	☐	☐
8) Diğer insanları da düşünürüm/ önemserim.	☐	☐	☐	☐	☐
9) Kaygılarım/endişelerim hakkında başkaları ile konuşurum.	☐	☐	☐	☐	☐
10) Her gün gülümsemek veya gülmek için gayret ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
11) Akrabalarımla görüşmekten keyif alırım.	☐	☐	☐	☐	☐
12) İyi arkadaşlıklara sahip olmak için çaba gösteririm.	☐	☐	☐	☐	☐
13) Sıkıntılarım hakkında başkaları ile konuşurum.	☐	☐	☐	☐	☐
C. BÖLÜMÜ					
14) Alış-verişte yiyeceklerin etiketlerini okurum.	☐	☐	☐	☐	☐
15) Kilomu takip ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
16) Sağlığımla ilgili endişelerimi bir doktor ya da hemşire ile görüşürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
17) En az, ayda bir kez vücudumu gözlemlerim.	☐	☐	☐	☐	☐
18) Yemeklerden sonra dişlerimi fırçalar ve diş ipi kullanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
19) Yemeklerden önce ellerimi yıkarım.	☐	☐	☐	☐	☐
20) Sağlıkla ilgili haberleri okurum.	☐	☐	☐	☐	☐
21) Koruyucu madde içermeyen yiyecekleri tüketmeyi tercih ederim.	☐	☐	☐	☐	☐

	Hiçbir zaman	Bazen	Genellikle	Sık sık	Her Zaman
D. BÖLÜMÜ					
22) Kendimi sevmeye gayret ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
23) Mutlu ve memnun hissetmeye çaba gösteririm.	☐	☐	☐	☐	☐
24) Genellikle olumlu düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
25) Gücümü, zayıf yönlerimi anlamaya ve onları kabul etmeye çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
26) Kusurlarımı düzeltmeye gayret ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
27) Benim için neyin önemli olduğunu anlamaya gayret ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
28) Her gün ilgili ve istekli hissetmeye çaba gösteririm.	☐	☐	☐	☐	☐
29) Yaşantımın bir amacı olduğuna inanmaya gayret ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
E. BÖLÜMÜ					
30) Her gün esneme egzersizi yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐
31) Hafta en az 3 gün 30 dk. yoğun egzersiz yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐
32) Her hafta okulda “Beden Eğitimi” dersine katılırım.	☐	☐	☐	☐	☐
33) Yoğun egzersiz yapmadan önce ısınırım.	☐	☐	☐	☐	☐
34) Dik durmaya ve dik oturmaya gayret ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
F. BÖLÜMÜ					
35) Gevşemek/rahatlamak için her gün zaman ayırmaya gayret ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
36) Stresimin kaynağını saptamaya gayret ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
37) Duygusal değişikliklerimi izlemeye gayret ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
38)Her gece 6-8 saat uyurum.	☐	☐	☐	☐	☐
39) Program yapar ve önceliklerimi düzenlerim.	☐	☐	☐	☐	☐
40) Adil olmayan olaylar karşısında kontrolü kaybetmemeye çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐

8.3. EK 3 TEZ ÖNERİ KABUL KARARI

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ANKARA

GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÖNETİM KURULU KARARI

Toplantı Tarihi : 18.12.2024
Toplantı Sayısı : 241(30)
Karar Sayısı : 00004392

Halk Sağlığı Hemşireliği doktora programı öğrencisi Özge Işıl ÇETİN' in tez konusu değiştirme önerisi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 18.12.2024 tarih 241(30) sayılı oturumunda oy birliğiyle kabul edildi.

Öğrencinin:

Adı Soyadı	Statüsü	Tez Konusu Değişikliği
Özge Işıl ÇETİN	Doktora	**Eski Tez Konusu :** Adölasanlarda Transteoretik Modele Temellendirilmiş Sağlık Eğitiminin Dijital Oyun Bağımlılığı ile Zorbalık ve Siber Zorbalık Durumuna Etkisi. **Yeni Tez Konusu :** Adölesanlarda Sağlık Eğitiminin, Dijital Oyun Bağımlılığına ve Sağlığı Geliştirme Davranışlarına Etkisi.

YÖNETİM KURULU

Prof. Dr. Onur GENÇ
Enstitü Müdürü

Prof. Dr. Ali ALBAY
Üye

Prof. Dr. Yalçın ÖZKAN
Üye

Prof. Dr. Simel AYYILDIZ
Üye

Prof. Dr. Hatice AYHAN
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Okan Ali AKSOY
Üye

Tolga KAYA
Enstitü Sekreteri

8.4. EK 4 KURUM İZİN ONAYI



Etimesgut 15 Temmuz Şehitleri Ortaokulu Müdürlüğüne

Başvuru No: MEBBT.2025.C15727

Uygulama Yapılacak MEB Teşkilatının Kurum Kodu: 725720

T.C. Kimlik No:

Adı Soyadı: ÖZGE IŞIL ÇETİN

Araştırmanın Adı: Adölesanlarda Sağlık Eğitiminin Dijital Oyun Bağımlılığına ve Sağlığı Geliştirme Davranışına Etkisi

Araştırmanın Niteliği: Doktora Tezi

Araştırmanın Örneklem / Çalışma Grubu: Öğrenci

Uygulama Yapılacak MEB Teşkilatı: Etimesgut 15 Temmuz Şehitleri Ortaokulu

Uygulama Yapılacak Birim: Ortaokul

Uygulama Yapılacak İl: ANKARA

Veri Toplama Aracının Eşsiği: Tanıtıcı Bilgi Formu, Çocuklar İçin Dijital Oyun Bağımlılık Ölçeği, Adölesan Sağlığı Geliştirme Ölçeği, Araştırma/Proje Bilgileri, İlgili Araştırmayı Yürütüleceğine Dair İmzalı İzin Belgesi

Araştırma Uygulama İznirin Kabul Tarihi: 21.01.2025

Araştırmanın Uygulama İznirin Bitiş Tarihi: 21.01.2026

Yukarıda kimliği yazılı araştırmacı "Araştırma Uygulama İzinleri Genelgesine (2024/41)" göre belirtilen kapsamda araştırmasını yapmayı taahhüt etmiştir. Araştırmacının izin belgelerinin uygunluğu kontrol edilmiş olup araştırma uygulama izni ANKARA İl Milli Eğitim Müdürlüğü tarafından onaylanmıştır.

NOT: Okul/kurum yöneticileri tarafından "Araştırma Uygulama İzni" belgesinin ve veri toplama araçlarının (araç içindeki maddelerinin) modülde yer alan belge ve araçlarla aynı olduğu kontrol edilmelidir. Aynı olmadığı durumda araştırma uygulama izni verilmeyecektir.

* Başvuru dosyası görüntülemek ve belgeyi değiştirmek için "https://arastirmainizinleri.meb.gov.tr/belge-dogrulama" sayfasını kullanınız.

8.5. EK 5 BİLİMSEL ARAŞTIRMA ETİK KURUL ONAYI

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926 07.01.2025
Konu : Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 07.01.2025
TOPLANTI SAATİ : 13:00 (toplantı online yapılmıştır)
TOPLANTI NO : 2025/01
PROJE/ KARAR NO : 2025-29 (Değerlendirilme Tarihi: 07.01.2025)

Üniversitemiz Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında görevli Doç. Dr. Serpil ÖZDEMİR'in sorumlu araştırmacı, Uzman Hemşire Özge Işıl ÇETİN'in yardımcı araştırmacı olduğu, 2025/29 kayıt numaralı, **"Adölesanlarda Sağlık Eğitiminin Dijital Oyun Bağımlılığına ve Sağlığı Geliştirme Davranışına Etkisi"** başlıklı **doktora tezi** proje önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur. Rica ederim.

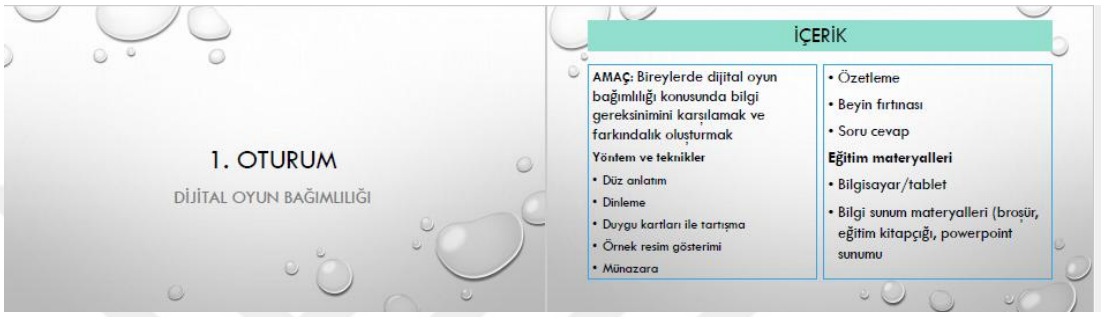
Sıra No	Unvanı ve Adı/Soyadı	Kuruldaki Görevi	İmza
1	Prof. Dr. Ahmet COŞAR	Başkan	
2	Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK	Başkan Yardımcısı	
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR	Üye	
4	Prof. Dr. Levent KENAR	Üye	
5	Prof. Dr. Ali Kağan COŞKUN	Üye	
6	Prof. Dr. Hüseyin Levent YAMANEL	Üye	
7	Prof. Dr. Fulya TOKSOY TOPÇU	Üye	
8	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ	Üye	
9	Prof. Dr. Dilek YILDIZ	Üye	
10	Prof. Dr. Eda PURUTÇUOĞLU	Üye	
11	Prof. Dr. Umut BEYLİK	Üye	
12	Prof. Dr. Onur ERDEM	Üye	
13	Doç. Dr. Mehmet Talay KÖYLÜ	Üye	
14	Prof. Dr. Serkan PEKÇETİN	Üye	
15	Doç. Dr. Asiye Çiğdem ŞİMŞEK	Üye	
16	Doç. Dr. Sait YEŞİLLİK	Üye	
17	Doç. Dr. Nezehat Özgül ÜNLÜER	Üye	
18	Dr. Öğr. Üyesi Fatih NAMAL	Üye	

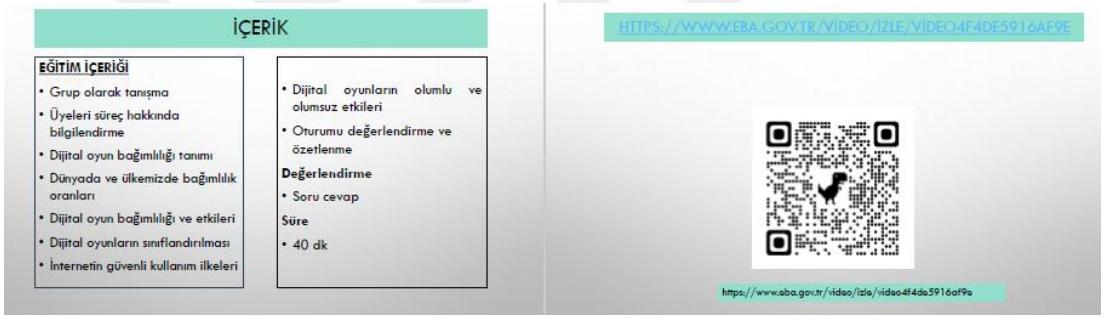
8.6. EK 6 ARAŞTIRMA ZAMAN ÇİZELGESİ

TARİH	ARAŞTIRMA AŞAMASI
01/02/2024- 01/09/2024	Literatür Tarama ve Konu Belirleme
18/12/2024	Tez Önerisinin Onaylanması
07/01/2025	Etik Kurul Onayının Alınması
21/01/2025	Kurum İzninin Alınması
23/01/2025	Çalışma İçin Ön Görüşmenin Yapılması • BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu)'nun dağıtılması
04/02/2025	• BGOF'nun imzalanması • Araştırmanın randomizasyonu
06/02/2025	• Sağlık eğitimin planlanması • Veri Toplama Formunun uygulanması (Müdahale I ve Kontrol I)
13/02/2025	• Müdahale I ve Müdahale II gruplarına sağlık eğitiminin ilk oturumunun yapılması • Kontrol I ve Kontrol II standart örgün eğitim
20/02/2025	• Müdahale I ve Müdahale II sağlık eğitiminin ikinci oturumunun yapılması • Kontrol I ve Kontrol II standart örgün eğitim
27/02/2025	• Müdahale I ve Müdahale II sağlık eğitiminin üçüncü oturumunun yapılması • Kontrol I ve Kontrol II standart örgün eğitim
06/03/2025	• Müdahale I ve Müdahale II sağlık eğitiminin dördüncü oturumunun yapılması • Kontrol I ve Kontrol II standart örgün eğitim
30/05/2025	• Tüm gruplara son test uygulanması (Veri Toplama Formu, Kısa Form)
20/08/2025-20/10/2025	• Verilerin analizi ve rapor edilmesi • Araştırmanın tamamlanmasının ardından, gönüllü katılımcılara da sağlık eğitimi uygulaması

8.7. EK 7 SAĞLIK EĞİTİMİ







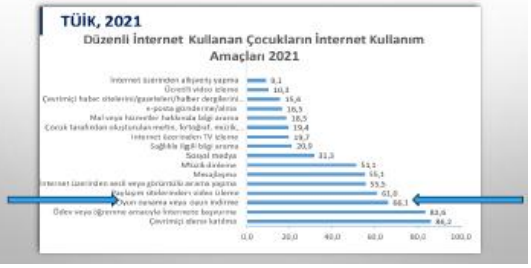




İNTERNET KULLANIM AMACI



İNTERNETİ KULLANIM AMACI



DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞI

- Oyun oynama üzerinde kontrol kaybı
- Günlük yaşam, eğitim, sosyal ilişkiler ve işlevsellikte önemli bozulma
- Olumsuz sonuçlara rağmen davranışın en az 12 ay süreyle devam etmesi (WHO, 2019)



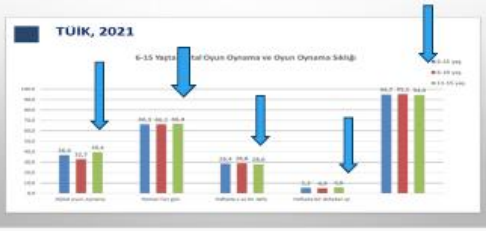
DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIK ORANLARI

Uluslararası çalışmalara göre, oyun bağımlılığı yaygınlığı **%0.6-15** arasında değişmektedir.

Amerikalı gençlerin **%90'ı** dijital oyun oynamakta ve **%15'inin** oyun bağımlısı olduğu tahmin edilmektedir (kara, 2023).



DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIK ORANLARI



DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIK ORANLARI

TUİK (2021) verilerine göre ülkemizde çocukların **%36,0'ının** dijital oyun oynadığı belirlenmiştir.

Yaş gruplarına bakıldığında bu oranın 11-15 yaş aralığındaki çocuklar için **%39,4'tür.** (Türkiye istatistik kurumu, 2021)



DİJİTAL OYUNLAR





NELER OYNUYORUZ ?
NE TARZ OYUNLAR TERCİH EDİYORUZ?
OYUN SEÇERKEN NELERE DİKKAT EDİYORUZ?

NE YAPABİLİRİZ?





DİJİTAL OYUNLARIN SINIFLANDIRILMASI

Dijital oyunların yaş ve içerik sınıflandırılması

- Oyun türü
- İçerik uygunluğu
- Minimum yaş grubu

PEGI yaş derecelendirme için pegi.İnfo

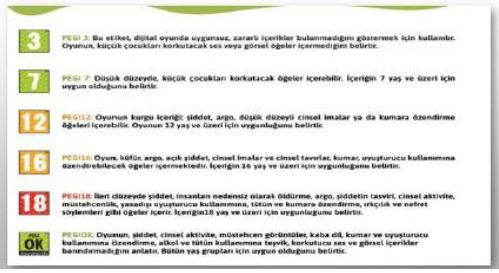
ESRB yaş derecelendirme için www.Esrb.Org

PEGI (PAN-EUROPEAN GAME INFORMATION - AVRUPA OYUN BILGI SISTEMI)

Ailelerin çocuklarına dijital oyunlar satın alırken daha bilinçli hareket etmelerini hedefleyen bir oyun derecelendirme sistemidir (2003).

Pegı derecelendirme siteminde toplamda 5 yaş aralığı uygunluk derecesi kategorisi ve 8 tane de içerik belirleyici semboller bulunmaktadır.

PEGI YAŞ ARALIĞI UYGUNLUK DERECESİ



PEGI İÇERİK BELİRLEYİCİ SEMBOLLER



ESRB (ENTERTAİNMENT SOFTWARE RATİNG BOARD) EĞLENCE YAZILIMI DERECELENDİRME KURULU

ESRB, video oyunlarını yaşa ve içeriğe göre sınıflandırarak tüketicilerin bu ürünleri satın alırken bilinçli kararlar vermesine yardımcı olmak için kurulmuş Amerika birleşik devletleri merkezli kuruluştur.

ESRB YAŞ UYGUNLUK DERECESİ SEMBOLLERİ

EVERYONE — Bu şekilde sınıflandırılan oyunlar her yaş için uygundur. Çok düşük düzeyde çizgi karakter, hayali kurgu, hafif düzeyli şiddet ya da çok az kaba dil kullanımı içerebilir.

EVERYONE 10+ — (10 Yaş ve Üzeri Herkes): Bu şekilde sınıflandırılan oyunlar 10 yaş ve üzeri için uygundur. Bu türdeki oyunlar daha çok çizgi film, kurgu, hafif şiddet ve argo ile az seviyede müstehcen temalar içerebilir.

TEEN — (Ergen): Bu şekilde sınıflandırılan oyunlar 13 yaş ve üzeri içindir. Bu türdeki oyunlar şiddet, müstehcen temalar, kaba mizah, az seviyede kan, sahte kumar ve seyrek olarak küfür içerebilir.

ESRB YAŞ UYGUNLUK DERECESİ SEMBOLLERİ

MATURE 17+ — (Erişkin): Bu şekilde sınıflandırılan oyunlar 17 yaş ve üzeri içindir. Bu türdeki oyunlar yoğun şiddet, kan, yoğun cinsel içerik ve küfür içerebilir.

ADULTS ONLY 18+ — (Sadece Yetişkinler): Bu şekilde sınıflandırılan oyunlar sadece 18 yaş ve üzeri yaşlardaki yetişkinlere uygun olan oyunlardır. Bu türdeki oyunlar uzun sahneler boyunca yoğun şiddet ve/veya tüm ayrıntıları gösteren cinsel içerik ve çıplaklık içerir.

DİJİTAL OYUNLARIN OLUMLU VE OLUMSUZ ETKİLERİ

1. Bilişsel Gelişim
2. Psikososyal Gelişim
3. Öğrenme ve Motivasyon
4. Duygusal Düzenleme (Sınırlı ve Kontrollü Kullanımda)

1. Dijital Oyun Bağımlılığı Riski
2. Fiziksel Sağlık Üzerindeki Etkiler
3. Psikososyal Sorunlar
4. Akademik Performans
5. Duygusal ve Davranışsal Etkiler

GÜVENLİ DİJİTAL OYUN OYNAMA İLKELERİ

1. SÜRE SINIRLANDIRMASI

- Dijital oyun oynama süresi **günlük ve haftalık sınırlarla** düzenlenmelidir.
- Uzun süreli kesintisiz oyun oynama yerine **düzenli molalar** teşvik edilmelidir.

2. YAŞA UYGUN İÇERİK SEÇİMİ

- Oyunlar, bireyin **yaşına ve gelişim düzeyine uygun** olmalıdır.
- Şiddet, riskli davranış ve uygunsuz dil içeren oyunlardan kaçınılmalıdır.

3. FİZİKSEL SAĞLIĞIN KORUNMASI

- Ergonomik oturma düzeni sağlanmalı; göz sağlığı için **ekran–göz mesafesi** korunmalıdır.
- Uzun süreli hareketsizliğin önlenmesi amacıyla **fiziksel aktiviteyle denge** kurulmalıdır.

GÜVENLİ DİJİTAL OYUN OYNAMA İLKELERİ

4.PSİKOSOSYAL DENGENİN GÖZETİLMESİ

- Dijital oyunlar, sosyal ilişkilerin ve akademik sorumlulukların **yerini almamalıdır.**
- Oyun, stresle baş etme aracı hâline gelmemeli; **duygusal kaçış** işlevi görmemelidir.

5. DİJİTAL GÜVENLİK VE MAHREMİYET

- Kişisel bilgilerin paylaşılmaması konusunda farkındalık geliştirilmelidir.
- Çevrim içi oyunlarda siber zorbalık ve riskli etkileşimlere karşı **koruyucu önlemler** alınmalıdır.

GÜVENLİ DİJİTAL OYUN OYNAMA İLKELERİ

6. EBEVEYN VE OKUL TEMELLİ İZLEME

- Ebeveynler ve okul sağlığı profesyonelleri tarafından **rehberlik ve izlem** sağlanmalıdır.
- Dijital oyun kullanımı konusunda **açık iletişim** desteklenmelidir.

7. ALTERNATİF SAĞLIKLI BOŞ ZAMAN ETKİNLİKLERİ

- Spor, sanat ve sosyal etkinlikler gibi **sağlığı geliştirici alternatifler** teşvik edilmelidir.
- Dijital oyunlar, boş zamanın tek etkinliği olmamalıdır.

ANCAK;

- ŞİDDET İÇERİĞİNE SAHİP OYUNLARIN YALNIZLIK, DÜŞÜK YAŞAM DOYUMU, SALDIRGANLIK, DEPRESYON, ANKSİYETE (KAYGI), ŞİDDET EĞİLİMİ, OLUMLU DAVRANIŞLARDA AZALMA, DÜŞMANCA DUYGULARDA ARTIŞ VE ŞİDDETE KARŞI DUYARSIZLAŞMA GİBİ PSİKOSOSYAL PROBLEMLER İLE İLİŞKİLİ OLDUĞU GÖZLEMLENEBİLİR.





GÜNLÜK SÜRE

Adölesanlar günlük yaşam aktivitelerini ve sosyal etkileşimini aksatmamak koşuluyla akademik aktiviteler dışında en fazla 2 saat olacak şekilde ailenin gözetiminde teknolojik araçları kullanabilir.

(T. C. SAĞLIK BAKANLIĞI, 2018)



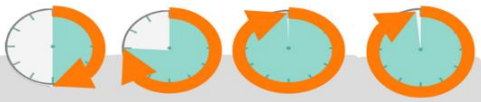
GÜNLÜK SÜRE

Yaş Grubu	Günlük Ekran/Oyun Süresi Önerisi	
2–5 yaş	**1 saatten az,** oyunlar eğitici ve denetimli olmalı	WHO (2019), AAP (2016)
6–12 yaş	**Günde 1–2 saat,** dengeli aktivitelerle birlikte	AAP (2016), Przybylski & Weinstein (2019)
13–18 yaş	**Günde 2 saatten fazla olmamalı,** sosyal, akademik ve fiziksel aktivitelerle dengelenmeli	WHO (2019), Kovert et al. (2020)
18 yaş üstü	**Önerilen süre yok,** ancak bağımlılığı önlemek için günde **2 saatten fazla eğlence amaçlı oyun** sınırlandırılabilir	Griffiths (2018), WHO (2018)



GÜNLÜK SÜRE

Yaşlara Göre Önerilen En Uzun İnternet Kullanım Süreleri



Okul öncesi yaş grubu	İlköğretimin ilk 4 yılında	İlköğretimin ikinci 4 yılında	Lise çağında
Günde **30** dakika	Günde **45** dakika	Günde **1** saat	Günde **2** saat

* https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/Children-And-Watching-TV-054.aspx

GÜVENLİ İNTERNET KULLANIMININ ÖNEMİ



MÜNAZARA KURALLARI

- İki grubun, dinleyiciler ile jüri önünde bir konuyu ele alarak iki karşı tezi savunmalarıdır.
- Münazara için genellikle üçer yada dörder kişilik iki grup kurulur.
- Münazara sonunda jüri galip tarafı bildirir.
- Münazarada taraflar, karşıt tezi çürütmek ve kendi tezlerini üstün kılmak görevini üzerlerine almışlardır.

GRUPLAR

DİJİTAL OYUN OYNAMAK YARARLIDIR.

DİJİTAL OYUN OYNAMAK ZARARLIDIR.





2. OTURUM

DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞI İLE BAŞ ETME

İÇERİK

AMAÇ: Dijital oyun bağımlılığı belirtilerini, yol açtığı sağlık sorunlarını bilmek ve dijital oyun bağımlılığı ile baş etme yöntemlerini bilmek

Türünün ve tekniğin

- Dört aşamalı
- Düşünme
- Örnek resim gösterimi
- Özetleme
- Beyin fırtınası
- Duvarına ilanımı
- 6 şapkalı düşünme tekniği
- Soru cevap

Eğitim materyalleri

- Bilgisayar/tablet
- Bilgi sunum materyalleri (örneğin, eğitim kitapçığı, powerpoint sunumu)

İÇERİK

Eğitim içeriği

- Dijital bağımlılık belirtileri ve baş etme yöntemleri
- Dijital oyun bağımlılığı risk faktörleri
- İnternet kullanım süresi ve sağlık sorunları
- Olumlu düşünce ve davranışların desteklenmesi

- Dijital bağımlılıktan kurtulmanın yolları
- Dijital oyun bağımlılığından kurtulmanın yollarını örneklerle desteklenmesi
- Oturumu değerlendirme ve özetlenme

Değerlendirme

- Soru cevap

Süre

- 40 dk|

DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞININ BELİRTİLERİ

Oyun Süresinin Giderek Artması





DİJİTAL BAĞIMLILIĞININ BELİRTİLERİ



Günlük Aktivitelerin Ve Sorumlulukların İhmal Edilmesi
Öfke, stres ve kaygı gibi duygusal değişimler





DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞININ BELİRTİLERİ

Uyku düzeni bozuklukları ve fiziksel sorunlar (göz yorgunluğu, duruş bozuklukları, hareketsizlik)
(T.C Aile ve Çalışma Bakanlığı, 2017).





DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞININ BELİRTİLERİ

Sosyal ilişkilerde zayıflama,
Aile ilişkilerinde bozulma





RİSK FAKTÖRLERİ

- ▶ Spordan uzak duran ve hareketsiz yaşamı tercih edenler
- ▶ Olumsuz ve bağımlı arkadaş çevresi bulunanlar
- ▶ Ders başarısı sürekli düşük olan ya da okul dışı faaliyetlere karşı isteksiz olanlar
- ▶ Arkadaş edinme, iletişim kurma ve iletişimi devam ettirme becerileri az olanlar

RİSK FAKTÖRLERİ

- ▶ Aile içi çatışmalar yaşayan, sağlıklı iletişimi olmayan aile üyeleri
- ▶ Hayatlarında kaliteli vakit geçirebilecekleri aktiviteler bulunmayanlar
- ▶ Sosyal ilişkilerinde kendini ifade etmekte güçlük yaşayanlar
- ▶ Aileleri teknolojiyi olumsuz ve bilinçsiz kullanan bireyler. (Yeşilay,2021)

DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞININ YOL AÇTIĞI SAĞLIK SORUNLARI

Her gün 2 saatten daha uzun süre çevrimiçi olan gençlerde;

- Günlük 2-3 saat olduğunda el ve bilek rahatsızlıkları
- Kullanma süresi 5 saati aştığında boyun ve sırt ağrıları

(T. C. SAĞLIK BAKANLIĞI, 2018)



DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞININ YOL AÇTIĞI SAĞLIK SORUNLARI



- Fiziksel Sağlık Sorunları
- Psikolojik Sorunlar
- İletişim Sorunları
- Duygusal, Fiziksel ve Cinsel Saldırı

FİZİKSEL SAĞLIK SORUNLARI

- Kas-iskelet sistemi sorunları
- Baş ağrısı
- Göz sorunları
- Uyku bozuklukları
- Yeme sorunları ve obezite
- Kendini kötü hissetme
- Madde kullanımı





KAS-İSKELET SİSTEMİNDE SORUNLAR

- El ve bilek rahatsızlıkları
- Karpal tünel sendromu
- Boyun ve omuzlarda rahatsızlıklar,



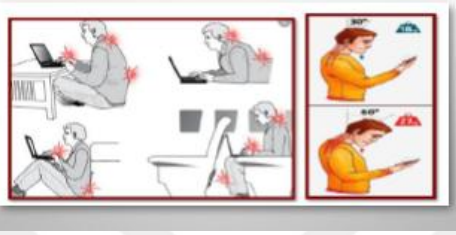


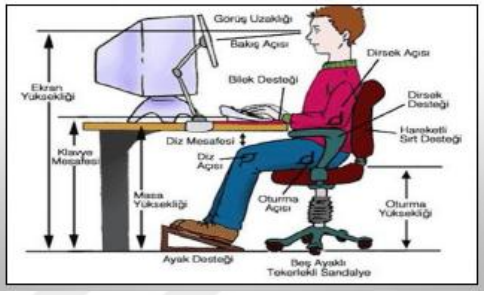
KAS-İSKELET SİSTEMİNDE SORUNLAR

- Kaslarda kasılmalar
- Kas ağrıları
- Duruş problemleri
- Omurgada eğrilik, kamburluk
- Hareket azlığına bağlı kemik gelişiminin etkilenmesi



DURUŞ BOZUKLARININ SEBEP OLDUĞU AĞRI





YEME BOZUKLUKLARI VE OBEZİTE

- Hareket azlığı
- Atıştırmaların artışı
- Yemeyi unutma
- Online ortamda gıda ile ilişkili içeriğe maruziyetin fazla olması
- Reklamların etkisi



DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞI İLE BAŞ ETME YÖNTEMLERİ



DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞI İLE BAŞ ETME YÖNTEMLERİ



Bireysel Düzeyde Yaklaşımlar

- Oyun süresine sınır koyma ve günlük planlama
- Zaman yönetimi ve hedef belirleme becerilerinin geliştirilmesi
- Alternatif ve sağlıklı boş zaman etkinliklerine yönelme (spor, sanat, sosyal aktiviteler)
- Duygusal farkındalık ve stresle baş etme becerilerinin güçlendirilmesi



Aile Temelli Yaklaşımlar

- Aile içi iletişimin güçlendirilmesi
- Dijital kullanım kurallarının birlikte belirlenmesi
- Ebeveynlerin rol model olması
- Çocuğun çevrim içi etkinliklerinin sağlıklı biçimde izlenmesi

DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞI İLE BAŞ ETME YÖNTEMLERİ



Okul Temelli Yaklaşımlar

- Dijital okuryazarlık ve sağlıklı teknoloji kullanımı eğitimleri
- Rehberlik ve psikolojik danışmanlık hizmetleri
- Akran destek programları
- Sosyal beceri ve yaşam becerileri eğitimi
- Psikolojik danışmanlık ve bilişsel davranışçı terapi

DİJİTAL OYUN OYNAMAK YERİNE NELER YAPABİLİRİZ ?





DİJİTAL OYUN OYNAMAK YERİNE NELER YAPABİLİRİZ ?







KENDİMİZİ KORUMAK İÇİN ÖNERİLER

Yavaş yavaş ama kararlı olarak azaltın.

Oyun süresinin kontrol altına alınması

Alternatif hobiler ve fiziksel aktiviteler geliştirmek

Oyun için harcamalara sınır koymak





NELERİ DEĞİŞTİREBİLİRİZ?









6 ŞAPKALI DÜŞÜNME TEKNİĞİ

ETKİNLİK-2

6 ŞAPKALI DÜŞÜNME TEKNİĞİ

- Öğrenci şapkanın rengine göre konunun bütün boyutlarını görür ve ona göre görüş belirtir. Herkes sırasıyla altı şapkayı giyer.
- Öğrenciler giydiği şapkaya göre fikirlerini söyler.
- Daha sonra şapkalar değiştirilir. Böylece bir olaya farklı açılardan bakma olanağı elde edilir.



DİJİTAL OYUN OYNAMANIN AKADEMİK BAŞARIMIZ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ



HAYDİ BİRAZ DÜŞÜNELİM!!!

İlhami son zamanlarda çok kilo almıştı. Çünkü saatlerce tabletinin başında oturuyor ve acıktığında abur cubura başlıyordu. Akşam sofraya gelmesi bile sorun oluyordu. İlhami'nin notları da düşmeye başlamıştı. Veli toplantısında annesi ve babası okulda notlarının düşmesinden, arkadaşlarına karşı öfkeli davranışlarından haberdar olmuşlar ve kendi evlatlarının nasıl bu kadar değiştiğine inanamamışlardı. Bir gün İlhami yine geceye kadar tabletinde oyun oynamıştı. Sabah uyanamamış, aile kahvaltısını yine kaçırmıştı.

HAYDİ BİRAZ DÜŞÜNELİM!!!

Saat ona doğru kapı çaldı. Kapıyı annesi açtı. Gelenler İlhami'nin mahalleden arkadaşlarıydı. Annesi henüz yatağından kalkmamış olan İlhami'ye seslendi. İlhami biraz mahcup bir şekilde arkadaşlarının yanına çıktı. Pek keyfi yoktu. Çocuklar bisiklet yarışı yapacaklarını söyleyerek onu da davet ettiler. İlhami eve kadar gelen arkadaşlarına ne cevap vereceğini bilemedi. Aslına bakarsanız kimseye itiraf etmese de tabletinde oynadığı oyunları arkadaşlarına tercih ediyordu. Sokağa çıktığında aklı hep evde, oyununda kalıyordu.

İlhami'ye içinde bulunduğu sıkıntılı durumdan kurtulması için neler tavsiye edersiniz?



3. OTURUM

SAĞLIĞIMIZI KORUMA VE GELİŞTİRME

İÇERİK

AMAÇ: Sağlığı geliştirme kavramını ve önemini kavramak

Yöntem ve teknikler

- Düz anlatım
- Dinleme
- Örnek resim gösterisi
- Örnek olay
- Beyin fırtınası
- Kontrol listesi
- Özetleme
- Soru cevap

Eğitim materyalleri

- Bilgisayar/tablet
- Bilgi sunum materyalleri (broşür, eğitim kitapçığı, powerpoint sunumu)

SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ



İÇERİK

Eğitim içeriği

- Adölesan dönem ve özellikleri
- Sağlığı geliştirme kavramı
- Sağlığı geliştirmenin amacı
- Fiziksel aktivitenin tanımı
- Fiziksel aktivitenin önemi
- Beslenme, yeterli ve dengeli beslenme kavramları ve önemi
- Sağlıklı ve kaliteli uyku düzeninin önemi
- Uyku hijyeni
- Stres yönetimi
- Sağlıklı kişilerarası ilişkiler
- Sağlık sorumluluğu
- Oturumu değerlendirme ve özetlenme

Değerlendirme

- Soru cevap

Süre

- 40 dk

ADÖLESAN DÖNEM

Adölesan dönem, 10–19 yaş aralığını kapsayan; çocukluktan yetişkinliğe geçişin yaşandığı biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerle karakterize bir gelişim dönemidir (WHO,2019).

ADÖLESAN DÖNEM ÖZELLİKLERİ



Fiziksel Özellikler

- Hızlı büyüme ve gelişme
- Hormonel değişiklikler
- Cinsiyet özelliklerinin belirginleşmesi



Psikolojik Özellikler

- Duygusal dalgalanmalar
- Kimlik arayışı
- Bağımsızlık isteği
- Benlik algısında değişmeler



Bilişsel Özellikler

- Soyut düşünme becerisinin gelişmesi
- Eleştirel düşünme ve sorgulama
- Geleceği yönelik plan yapabilme

SAĞLIĞI GELİŞTİRME

Bireylerin sağlıkları üzerinde kontrol sahibi olmalarını ve sağlıklarını iyileştirmelerini sağlayan bir süreçtir (DSÖ, 2017).



ADÖLESANLARDA SAĞLIĞI GELİŞTİRMENİN AMACI

- Sağlıklı Yaşam Alışkanlıkları Kazandırmak
- Riskli Davranışları Önlemek
- Fiziksel, Ruhsal Ve Sosyal İyilik Hâlini Güçlendirmek
- Yetişkinlik Dönemine Sağlıklı Bireyler Kazandırmak (WHO,2019).



ÖNCELİKLİ SAĞLIĞI GELİŞTİRME ALANLARI

- Dengeli beslenme ve fiziksel aktivite
- Dijital teknoloji kullanımının kontrolü
- Ruh sağlığının desteklenmesi
- Sigara, alkol ve madde kullanımının önlenmesi
- Güvenli sosyal ilişkiler ve iletişim becerileri (WHO,2019).

ADÖLESAN DÖNEMDE SAĞLIĞI GELİŞTİRME

- **Fiziksel aktivite**
- **Yeterli ve dengeli beslenme**
- **Düzenli ve sağlıklı uyku süresi**
- **Stres yönetimi**
- **Sağlıklı kişilerarası ilişkiler**
- **Sağlık sorumluluğu**

FİZİKSEL AKTİVİTE

Günlük yaşamda iskelet kaslarını kullanarak yapılan ve enerji harcamasını gerektiren her hareket

FİZİKSEL AKTİVİTEDİR!

Egzersiz ve Spor da → Fiziksel Aktivitedir!

"Günde kaç dakika aktif oluyorsunuz?"

FİZİKSEL AKTİVİTE ŞİDDETİ / YOĞUNLUĞU

Düşük şiddetli fiziksel aktiviteler

Orta şiddetli fiziksel aktiviteler

Yüksek şiddetli fiziksel aktiviteler



Aktivitenin yoğunluğu konuşma tesli ve kalp atım hızı ile kontrol edilebilir

1. DÜŞÜK ŞİDDETLİ FİZİKSEL AKTİVİTELER

- Düşük şiddetli fiziksel aktiviteler:
  - Nefes almanın ve kalp atım sayısının dinlenme değerinin biraz üzerinde olduğu
  - Çok az çaba gerektiren



2. ORTA ŞİDDETLİ FİZİKSEL AKTİVİTELER

- Orta şiddetli fiziksel aktiviteler:
  - Nefes almanın ve kalp atım sayısının normalden daha fazla olduğu

Aktiviteleri ifade eder.

- Hızlı yürümek, düşük tempolu koşular, dans etmek, ip atlamak, yüzmek, yavaş tempoda bisiklet sürmek vb.



3. YÜKSEK ŞİDDETLİ FİZİKSEL AKTİVİTELER

- Yüksek şiddetli fiziksel aktiviteler:
  - Nefes almanın ve kalp atım sayısının normalden çok daha fazla olduğu

Aktiviteleri tanımlar.

- Tempolu koşu, basketbol, futbol, voleybol, hentbol ve tenis oynamak,, tempolu dans etmek vb.

Kişi, aktivite sırasında nefesi kesilmeden birkaç kelimeden fazlasını konuşamaz!





Önerilen aktivite süresi, sıklığı ve şiddeti

- Egzersizlere yavaş başlanılmalıdır.
- Haftada 1-2 defa 15-30 dakikalık orta şiddette egzersiz yapın

Günde en az 60 dakika orta veya yüksek yoğunlukta aktivite

Haftada en az 2 gün kas güçlendirici aktiviteler

FİZİKSEL AKTİVİTELER

- Aerobik: koşu, bisiklet, yüzme
- Kas güçlendirici: şınav, ağırlıksız direnç egzersizleri
- Esneklik: yoga, esneme hareketleri

FİZİKSEL AKTİVİTENİN YARARLARI VE ÖNEMİ

- Büyüme ve gelişmeyi destekleyerek kemik ve kas sağlığının güçlenmesine katkı sağlar.
- Kardiyovasküler dayanıklılığı artırır ve sağlıklı vücut ağırlığının korunmasına yardımcı olur.
- Stres, kaygı ve depresif belirtilerin azalmasına, benlik saygısı ve öz güvenin artmasına katkı sağlar.
- Dikkat, odaklanma ve öğrenme becerilerini geliştirerek akademik başarıyı olumlu yönde etkiler

ENGELLERİ AŞMAK

Zaman yok → okul sonrası 15-20 dakikalık aktiviteler

Motivasyon yok → arkadaşlarla spor yapmak

Alan yok → evde esneme ve ip atlama

AKTİF OL, SAĞLIKLI KAL!

Hem fiziksel hem ruhsal sağlığın için hareket et

Farklı aktiviteleri dene

Günde 1 saat aktif ol







YETERLİ VE DENGELİ BESLENME

Basinlar içerdiklori basin öğelorina göra
1. Süt ve süt ürünleri grubu
2. Et, yumurta, kuru baklagiller ve yağlı tohumlar grubu
3. Sebze grubu
4. Meyve grubu
5. Ekmek ve tahıllar grubu



BESLENME NEDİR?

Beslenme; yaşamın sürdürülmesi, büyüme ve gelişme, sağlığın korunması ve üretken olmak için besinlerin vücutta kullanılmasıdır



YETERLİ VE DENGELİ BESLENME

- Yeterli: vücudun tüm ihtiyaçlarını karşılamak
- Dengeli: karbonhidrat, protein, yağ, vitamin ve minerallerin uygun miktarda alınması

BESİN GRUPLARI

- **Tahıllar:** enerji sağlar (ekmek, bulgur, pirinç)
- **Sebze ve Meyveler:** vitamin, mineral ve lif kaynağı
- **Süt ve Süt Ürünleri:** kemik ve diş sağlığı için kalsiyum
- **Et, Yumurta, Baklagiller:** protein ve demir sağlar

1. Süt ve ürünleri grubu

- Protein
- Kalsiyum
- Fosfor
- Çinko
- B_1, B_2, B_6, B_{12} ve niasin olmak üzere birçok besin ögesi için önemli kaynaktır

Çocuk ve adolesanlarda kemiklerin ve dişlerin sağlıklı gelişmesi için önemlidir!



2. Et ve ürünleri, tavuk, balık, yumurta, kuru baklagiller ile yağlı tohumlar grubu

- Protein
- Demir
- Çinko
- Fosfor
- Magnezyum gibi minoraller ile
- B_1, B_6, B_{12} ve A vitamini kaynağıdır

- Bu gruptaki yiyecekler büyüme ve gelişmeyi sağlar.
- Hastalıklara karşı direnç kazanılmasında rolü olan en önemli yiyecek grubudur.



2. Et ve ürünleri, tavuk, balık, yumurta, kuru baklagiller ile yağlı tohumlar grubu

- Et
- Tavuk
- Balık
- Yumurta
- Kurubaklagiller
  - mercimek, fasulye, nohut gibi
- Yağlı tohumlar
  - ceviz, fındık, badem gibi



3. Sebzeler grubu



4. Meyveler grubu

Tüm meyveler






5. Ekmek ve tahıllar grubu
• Ekmekler
• Tahıllar Ve Tahıl Ürünleri


Öğünlerimiz
HER ÖĞÜNDE HER BESİN GRUBUNDAN TÜKETMELİYİZ
• Ana öğünler;
– Sabah kahvaltısı
– Öğle yemeği
– Akşam yemeği
• Gerekli hallerde sağlıklı ara öğün yapılabilir
Yeterli ve dengeli beslenmek için öğünlerimizi atlamadan tüketmeliyiz!

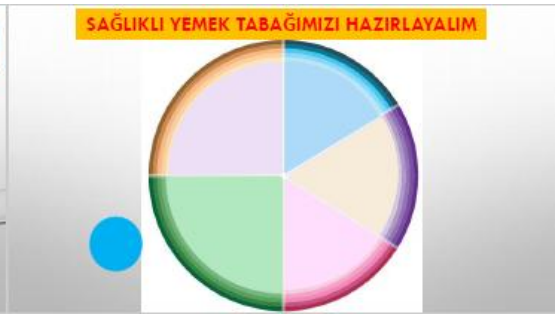

Öğünlerimiz
Bütün gece süren açlıktan sonra günün en önemli öğünü sabah kahvaltısıdır
Sabahları kendinizi daha iyi hissetmenizi ve derslerinizi daha iyi öğrenmenizi sağlar


SU
Sıvı gereksinimimiz;
İçtiğimiz su
Yiyecek ve içeceklerdeki su
Yiyeceklerden enerji elde edilirken açığa çıkan metabolik sudan karşılarız
Vücudumuzca aldığımız su;
İdrar, ter, dışkıyla atılır
Bir miktarını da solunum yoluyla kaybederiz.
Sıcak havalarda ve fazla fiziksel aktivite sırasında terleme nedeniyle su kaybımız artar
Günlük olarak kaybettiğimiz miktarı karşılayacak kadar sıvı almadığımızda vücut hücrelerimizin çalışması aksar!


DOĞRU BESLENMENİN FAYDALARI
Büyüme ve gelişmeyi destekler
Bağışıklığı güçlendirir
Enerji ve konsantrasyonu artırır
Obezite ve kronik hastalık riskini azaltır


Sağlıklı Beslen,
Sağlık İçin Hareket Et


SAĞLIKLI YEMEK TABAĞI
Günde 8-10 bardak "SU" içmeliyiz
Ekmek ve tahıllar grubu
Süt ve Ürünleri grubu
Et ve ürünleri, tavuk, balık, yumurta ve kurubaklagiller ile yağlı tohumlar grubu
Fiziksel aktivite figürü
Zeytinyağı
Su
Taze sebzeler grubu
Taze meyveler grubu
Her öğünde her besin grubundan tüketmeliyiz


SAĞLIKLI YEMEK TABAĞIMIZI HAZIRLAYALIM


5-11 yaş
Seyrek ve az miktarda tüketiniz
Süt, yoğurt, peynir grubu günde 2 ½ – 3 porsiyon
Et, yumurta, kurubaklagiller günde 2–3 porsiyon
Sebze grubu günde 2–2 ½ porsiyon
Meyve grubu günde 1½–2 porsiyon
Tahıl grubu ekmek, bulgur, pirinç, makarna günde 2½–4 porsiyon


12-18 yaş
Seyrek ve az miktarda tüketiniz
Süt, yoğurt, peynir grubu günde 3 porsiyon
Et, yumurta, kurubaklagiller günde 2½–4 porsiyon
Sebze grubu günde 2½–4 porsiyon
Meyve grubu günde 2½–3 porsiyon
Tahıl grubu ekmek, bulgur, pirinç, makarna günde 4½–8 porsiyon

UYKU NEDEN ÖNEMLİDİR?

- Fiziksel sağlığınızı korur
- Zihinsel becerilerinizi geliştirir
- Sosyal becerilerinizi geliştirir
- Duygusal sağlığınızı korur



KALİTELİ BİR UYKU

Yaş grubu günlük önerilen uyku saatleri

- 6-12 yaş 24 saatte 9 ile 12 saat
- 13-18 yaş 24 saatte 8 ile 10 saat



UYKU DÜZENİ İÇİN ORTAM

- Yatak odasının karanlık/loş ve sessiz olması,
- Oda sıcaklığının ne sıcak ne soğuk olması (20-22 C arasında tutulması),
- Yatağın sadece uyumak için kullanılması,
- Yatak odasına evcil hayvan alınmaması,

(SLEEP FOUNDATİON, 2023A)



UYKU DÜZENİ İÇİN ORTAM

- Yatmadan 30 dakika önce teknoloji kullanımının sonlandırılması,
- Yatak odasında herhangi bir teknolojik cihaz (TV, bilgisayar, akıllı telefon vb.) Bulundurulmaması
- Ortam gürültülü ise sessiz ve sakin müzik kullanılması.

(SLEEP FOUNDATİON, 2023A)



UYKU-UYANMA ZAMANININ DÜZENLENMESİ

- Hafta içi ve hafta sonu günlerde her gün aynı saatte yatma,
- Hafta içi ve hafta sonu günlerde her gün aynı saatte uyanma,
- Uykuya dalma süresi 20 dakikadan daha uzun sürdüyse; yataktan ve yatak odasından uzaklaşma, uyku gelene kadar kitap okuma vb. Gibi sakin işler ile meşgul olunması.

(Sleep foundatiON, 2023A)



GÜNLÜK AKTİVİTELERİNİN BELİRLENMESİ

- Haftada en az 4-5 kez, 20-30 dakika boyunca düzenli olarak aerobik, pilates, yoga vb. Gibi orta ağırlıkta egzersizler yapılması,

(SLEEP FOUNDATİON, 2023A)



GÜNLÜK BESLENME ALIŞKANLIKLARININ DÜZENLENMESİ

- Yatmadan 4-6 saat önce ya da saat 16.00'dan sonra kafeinli içeceklerin tüketilmemesi,
- Yatmadan önce süt, yoğurt, kefir gibi yiyeceklerin tüketilmesi,
- Yatmadan önce ağır öğünler almaktan kaçınılması.

(Sleep foundation, 2023a)





STRES

Bireyin karşılaştığı içsel ya da çevresel taleplere karşı verdiği fiziksel, duygusal ve zihinsel tepkidir.

Stresin etkileri

Fiziksel: baş ağrısı, yorgunluk, uyku sorunları

Psikolojik: kaygı, huzursuzluk, motivasyon düşüklüğü

Davranışsal: içe kapanma, öfke, dikkat dağınıklığı



STRES İLE BAŞ ETME

Bilişsel Yöntemler
Olumsuz düşünceleri fark etme ve yeniden yapılandırma
Gerçekçi hedefler belirleme
Problem çözme becerilerini geliştirme

Davranışsal Yöntemler
Zaman yönetimi ve planlama
Düzenli fiziksel aktivite
Hobi ve sosyal etkinliklere zaman ayırma

Duygusal Yöntemler
Duyguları tanıma ve ifade etme
Sosyal destekten yararlanma
Rahatlama ve gevşeme teknikleri

STRES İLE BAŞ ETME



Fiziksel rahatlama teknikleri

Nefes egzersizleri
Gevşeme (progressif kas gevşetme)
Meditasyon ve farkındalık çalışmaları

SAĞLIKLI KİŞİLERARASI İLİŞKİLER

Karşılıklı saygı ve anlayış
Açık ve etkili iletişim
Empati kurabilme
Sınırların farkında olma ve saygı gösterme
Duyguları uygun biçimde ifade edebilme

Sağlık Sorumluluğu

Kendi sağlık durumunu izleme ve farkında olma	Sağlıkla ilgili doğru bilgiye ulaşma ve uygulama	Koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma	Riskli davranışlardan kaçınma

4. OTURUM

DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞI İLE BAŞETME STRATEJİ PLANI

İÇERİK

AMAÇ: Bireylerin dijital oyun bağımlılığı ile baş etme strateji planını oluşturmak

Yöntem ve teknikler

- Düz anlatım
- Dinleme
- Örnek resim gösterimi
- Bireysel planlama

Yöntem ve teknikler

- Hedef belirleme ve izleme tekniği
- Beyin fırtınası
- Özetleme
- Soru cevap

Eğitim materyalleri

- Bilgisayar/tablet
- Bilgi sunum materyalleri (broşür, eğitim kitapçığı, powerpoint sunumu)

İÇERİK

EĞİTİM İÇERİĞİ

- Kendini ödüllendirmenin önemi
- Bireysel baş etme planı ve aşamaları
- Dijital oyun bağımlılığında sağlıklı bir şekilde bu süreci yönetme ve sürdürmenin önemi
- Bilgi ve iletişim teknolojilerinin doğru, etkin ve güvenilir kullanılması
- Dijital Oyun Bağımlılığında Sağlığı Geliştirmenin Önemi ve Yaklaşımı

- Adölesan dönemde sağlığı geliştirme
- Adölesanlarda Sağlığı Geliştirme Davranışlarını Sürdürmenin Önemi
- Güvenli Dijital Oyun Oynama İlkeleri
- Önerilen internet adresleri
- Oturumu değerlendirme ve özetlenme

Değerlendirme

- Soru cevap

Süre

- 40 dk



BELİRLENEN HEDEFE ULAŞMANIN ÖDÜLÜ

- BİR ÖDÜL BELİRLİYORUZ
- GÜNLÜK HEDEF SÜREMİZ KADAR DİJİTAL OYUN OYNUYORUZ
- ULAŞTIĞIMIZ HER HEDEF İÇİN KENDİMİZE ÖDÜLLENDİRİYORUZ.

BİREYSEL BAŞ ETME PLANI



MEVCUT DURUM DEĞERLENDİRMESİ

- Günlük oyun süresi: _____
- Oyun oynama sıklığı: _____
- Oyun nedeniyle etkilenen alanlar (okul, aile, sosyal yaşam): _____
- Oyun oynama isteğini tetikleyen durumlar: _____

DEĞİŞTİR!

- Teknolojik araçları kullanmayı tercih ettiğin saatler vardır.
- Bu saatleri değiştirmek, mesela akşam oyun oynuyorsan bunu sabah veya öğlene almak faydalı olabilir.
- Teknolojiyi kullandığın mekânı değiştirmek.



Strateji Belirle

Zaman Yönetimi	Alternatif Etkinlikler	Duygusal Farkındalık
Günlük oyun süresi için net sınır belirleme Oyun saatlerini planlayıcıya yazma Oyun dışı zamanları yapılandırma	Spor veya fiziksel aktivite Hobi (müzik, resim, okuma vb.) Akranlarla yüz yüze sosyal etkinlikler	Oyun oynama isteği geldiğinde duygu farkındalığı Stresle başa çıkma teknikleri (nefes egzersizi, gevşeme)

DESTEK KAYNAKLARI



Aile desteği ve birlikte belirlenen kurallar



Okul rehberlik servisi



Gerekirse psikolojik danışmanlık

İZLEME VE DEĞERLENDİRME



İzlem ve değerlendirme

- Haftalık oyun süresi takibi
- Hedeflere ulaşma durumu
- Gerektiğinde planın yeniden düzenlenmesi

ULAŞILAN HEDEF VE KATKILARI



Dijital Oyun Bağımlılığında Sağlıklı Bir Şekilde Bu Süreci Yönetme ve Sürdürmenin Önemi

AVANTAJLARI	DEZAVANTAJLARI

ÖZET

DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞINDA SAĞLIĞI GELİŞTİRMENİN ÖNEMİ VE YAKLAŞIMI

1. BİRİNCİL DÜZEYDE KORUMA VE ÖNLEME

- **Risk faktörlerinin azaltılması**
- Öz-denetim, zaman yönetimi ve dijital farkındalık becerilerinin geliştirilmesi

2. SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARININ GÜÇLENDİRİLMESİ

- Fiziksel aktivite, dengeli beslenme ve yeterli uyku gibi temel sağlığı geliştirici davranışlar, **dijital oyun kullanımının dengelenmesine** katkı sağlar.
- Sağlıklı rutinlerin oluşturulması, ekran süresinin doğal biçimde azalmasını destaklar.

ADÖLESAN DÖNEMDE SAĞLIĞI GELİŞTİRME

Sağlığı geliştirme

- **Beslenme**
- **Fiziksel aktivite**
- **Uyku düzeni**
- **Stres yönetimi**
- **Dijital medya kullanımının dengelenmesi**
- **Sosyal ilişkiler ve iletişim**
- **Sağlığı koruma**







ADÖLESAN DÖNEMDE SAĞLIĞI GELİŞTİRME

- ADÖLESAN DÖNEMDE KAZANILAN SAĞLIĞI GELİŞTİRİCİ DAVRANIŞLAR, YETİŞKİNLİKTE KRONİK HASTALIK RİSKLERİNİN AZALMASINA KATKI SAĞLAR.
- Düzenli fiziksel aktivite ve dengeli beslenme, obezite ve sedantor yaşamın önlenmesinde etkilidir.
- Yeterli uyku, büyüme-gelişme ve bağışıklık sistemi için temel bir gerekliliktir.







ADÖLESANLARDA SAĞLIĞI GELİŞTİRME DAVRANIŞLARINI SÜRDÜRMENİN ÖNEMİ

1. YAŞAM BOYU SAĞLIK ALIŞKANLIKLARININ OLUŞMASI

- Adölesan dönem, beslenme, fiziksel aktivite, uyku düzeni ve dijital medya kullanımı gibi **temel sağlık davranışlarının kalıcı hâle geldiği** kritik bir gelişim evresidir.
- Bu dönemde kazanılan sağlığı geliştirici davranışlar, yetişkinlik döneminde **kronik hastalık risklerinin azalmasına** katkı sağlar.

2. FİZİKSEL VE RUHSAL SAĞLIĞIN GÜÇLENDİRİLMESİ

- Sağlığı geliştirici davranışların sürekliliği; obezite, sedantor yaşam ve uyku bozuklukları gibi risklerin önlenmesinde etkilidir.
- Aynı zamanda stresle baş etme, öz-düzenleme ve duygusal dayanıklılığı artırarak **ruh sağlığını destekler.**

ADÖLESANLARDA SAĞLIĞI GELİŞTİRME DAVRANIŞLARINI SÜRDÜRMENİN ÖNEMİ

3. RİSKLİ DAVRANIŞLARIN ÖNLENMESİ

- Sağlığı geliştirme davranışlarının sürdürülmesi, dijital bağımlılık, madde kullanımı ve sağlıksız beslenme gibi **riskli davranışlara yönelimi azaltır.**
- Öz-denetim ve farkındalık düzeyinin artması koruyucu etki oluşturur.

4. AKADEMİK VE SOSYAL İŞLEVSELLİĞİN DESTEKLENMESİ

- Sağlıklı yaşam alışkanlıkları, dikkat, öğrenme ve akademik başarı üzerinde olumlu etki yaratır.
- Sosyal ilişkilerin güçlenmesi ve okul bağlılığının artmasıyla **psikososyal uyumu** destaklenir.

ADÖLESANLARDA SAĞLIĞI GELİŞTİRME DAVRANIŞLARINI SÜRDÜRMENİN ÖNEMİ

5. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE ÖZ-YETERLİK GELİŞİMİ

- Sağlığı geliştirme davranışlarının sürdürülmesi, adölesanların **sağlık okuryazarlığı** ve **öz-yeterlik algısını** güçlendirir.
- Bireyin kendi sağlığından sorumluluk almasını sağlayarak davranış değişikliğinin kalıcılığını artırır.

6. TOPLUM SAĞLIĞINA UZUN VADELİ KATKI

- Sağlıklı bireylerin yetişmesi, sağlık hizmetlerine olan gereksinimi azaltarak **toplum sağlığının korunmasına ve sürdürülebilirliğine** katkı sağlar.



GÜVENLİ DİJİTAL OYUN OYNAMA İLKELERİ

1. SÜRE SINIRLANDIRMASI

- Dijital oyun oynama süresi **günlük** ve **haftalık** sınırlarla düzenlenmelidir.
- Uzun süreli kesintisiz oyun oynama yerine **düzenli molalar** teşvik edilmelidir.

2. YAŞA UYGUN İÇERİK SEÇİMİ

- Oyunlar, bireyin **yaşına** ve **gelişim düzeyine uygun** olmalıdır.
- Şiddet, riskli davranış ve uygunsuz dil içeren oyunlardan kaçınılmalıdır.

3. FİZİKSEL SAĞLIĞIN KORUNMASI

- Ergonomik oturma düzeni sağlanmalı; göz sağlığı için **ekran–göz mesafesi** korunmalıdır.
- Uzun süreli hareketsizliğin önlenmesi amacıyla **fiziksel aktiviteyle denge** kurulmalıdır.

GÜVENLİ DİJİTAL OYUN OYNAMA İLKELERİ

4.PSİKOSOSYAL DENGENİN GÖZETİLMESİ

- Dijital oyunlar, sosyal ilişkilerin ve akademik sorumlulukların **yerini almamalıdır.**
- Oyun, stresle baş etme aracı hâline gelmemeli, **duygusal kaçış** işlevi görmemelidir.

5. DİJİTAL GÜVENLİK VE MAHREMİYET

- Kişisel bilgilerin paylaşılmaması konusunda farkındalık geliştirilmelidir.
- Çevrim içi oyunlarda siber zorbalık ve riskli etkileşimlere karşı **koruyucu önlemler** alınmalıdır.

ÖNCE DÜŞÜN SONRA PAYLAŞ

HTTPS://İNTERNETYARDIM.ORG.TR/DOSYA/ADZOH.MP4



HTTP://WWW.GİM.ORG.TR



HTTP://WWW.İHBARWEB.ORG.TR





KAYNAKÇA

- T. C. SAĞLIK BAKANLIĞI. 2018. DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞI ÇALIŞTAYI SONUÇ RAPORU. HTTPS://DOSYAMERKEZ.SAGLIK.GOV.TR/BELGE-1-30001-YENI-BILGILENDIRME-DIJITAL-OYUN-BAGIMLILIGI-CALISTAYI-SONUC-RAPORU.PDF ADRESİNDEN ALINMIŞTIR.
- T.C. AİLE VE ÇALIŞMA BAKANLIĞI. (2017). DİJİTAL OYUNLAR İÇİN ÇOCUK VE AİLE REHBERİ.ÇALIŞTAYI SONUÇ RAPORU. ANKARA . HTTPS://WWW.AILEVECALISMA.GOV.TR.
- KARA, D.(2023)OKUL ÖNCESİ DÖNEM ÇOCUKLARININ DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞI DÜZEYLERİ İLE AKRAN OYUN DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ. YAYINLANMAMIŞ YÜKSEK LİSANS TEZİ. BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ TEMEL EĞİTİM ANA BİLİM DALI, BURSA.
- YEŞİLAY. 2021.TEKNOLOJİ CANAVARA DÖNÜŞMEDEN! TÜRKİYE BAĞIMLILIKLA MÜCADELE EĞİTİM PROGRAMI , İSTANBUL
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU (TÜİK) (2021). ÇOCUKLARDA BİLİŞİM TEKNOLOJİLERİ KULLANIM ARAŞTIRMASI, 2021. HTTPS://DATA.TUIK.GOV.TR/BULTEN/INDEX?P=COCUKLARDA-BILISIM-TEKNOLOJILERI-KULLANIM-ARASTIRMASI-2021-41132 ADRESİNDEN ALINMIŞTIR.
- HIKSEN, R & SCHOLS, M. (2015). HOW AND WHY PARENTS GUIDE THE MEDIA USE OF YOUNG CHILDREN.JOURNAL OF CHILD AND FAMILY STUDIES, 24, 3423–3435. HTTPS://DOI.ORG/10.1007/S10826-015-0144-4.
- İNANÇ, A. VE ERDOĞAN, S. (2016). "ERGEN VE GENÇ BİREYLERDE DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞI GÜNCEL BİR BAKIŞ", TÜRK PSİKİYATRİ DERGİSİ, 27(2), 128-137. HTTPS://DOI.ORG/10.5080/U21347
- ÇALIŞKAN, M. (2019), TOPLUM VE SUÇ ARAŞTIRMALARINDA SINIRLARI AŞAN BİR SORUN "ÇEVRİMİÇİ ÇOCUK İSTİSMARI". DUMLUPINAR ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER DERGİSİ, (61), 122-131.

KAYNAKÇA

- EURO KİDS ONLİNE ARAŞTIRMA RAPORU.HTTP://WWW.LSE.AC.UK/MEDIA-AND-COMMUNICATIONS/RESEARCH/RESEARCH-PROJECTS/EU-KIDS-ONLINE
- TOPÇU, S.(2018). ÇOCUK VE SANAL ORTAM. KOCATEPE TIP DERGİSİ, 19:27-33/OCAK/2018 . HTTP://DERGIPARK.GOV.TR/DOWNLOAD/ARTICLEFILE/450457
- CEYHAN, E. B., DEMİRÜREK, E., & KANDEMİR, B. (2015). SOSYAL AĞLARDA GÜNCEL GÜVENLİK RİSKLERİ VE KORUNMA YÖNTEMLERİ. ULUSLARARASI BİLGİ GÜVENLİĞİ MÜHENDİSLİĞİ DERGİSİ, 1(1), 1-10
- AVRUPA ÇEVRİMİÇİ ÇOCUKLAR ARAŞTIRMA PROJESİ TÜRKİYE SONUÇLARI SUNUMU.(2010) MAYIS 10, 2024 TARİHİNDE HTTP://EKUTIDONEMLIMETU.EDU.TR/ADRESİNDEN ALINDI.
- SLEEP FOUNDATION, 2023a, TEENS AND SLEEP, HTTPS://WWW.SLEEPFOUNDATION.ORG/TEENS-AND-SLEEP, [ZİYARET TARİHİ: 18 EYLÜL 2024].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2020). HEALTHY DIET. GENEVA: WHO.
- FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION. (2019). DIETARY GUIDELINES AND NUTRITIONAL RECOMMENDATIONS. ROME: FAO.
- MİNİSTRY OF HEALTH, TURKEY. (2015). TÜRKİYE BESLENME REHBERİ. ANKARA: T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2020). WHO GUIDELINES ON PHYSICAL ACTIVITY AND SEDENTARY BEHAVIOUR. GENEVA: WHO.
- WARBURTON, D. E., NICOL, C. W., & BREDIN, S. S. (2006). HEALTH BENEFITS OF PHYSICAL ACTIVITY: THE EVIDENCE. CMAJ, 174(6), 801–809

8.8. EK 8 BROŞÜR



Sağlığı geliştirme

Sağlığı geliştirme, bireylerin sağlıklarını korumak ve daha iyi bir düzeye taşımak için bilgi, beceri ve olanaklarının artırılması sürecidir.

Adölesan Dönemde Sağlığı Geliştirme Davranışlarının Temel Bileşenleri

- ✓ Dengeli ve yeterli beslenme
- ✓ Fiziksel Aktivite ve egzersiz
- ✓ Sağlıklı uyku düzeni
- ✓ Sağlık sorumluluğu
- ✓ Stres yönetimi
- ✓ Sosyal destek ve ilişkiler
- ✓ Kendini gerçekleştirme ve yaşam memnuniyeti

Adölesan Dönem

Genellikle 10-19 yaş aralığını kapsamaktadır. Adölesan dönem, bireyin çocukluktan yetişkinliğe geçerken biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan hızlı değişimler yaşadığı kritik bir gelişim sürecidir.



Her gün en az 60 dakika orta ya da yüksek şiddette fiziksel aktivite





DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞINI ÖNLEME VE SAĞLIĞI GELİŞTİRME

Hazırlayan: Uzm. hem. Özge Işıl ÇETİN

Dijital oyun bağımlılığı belirtileri

- ✓ Oyun süresini kontrol edememe, "sonra bırakırım" deyip bırakamama
- ✓ Oynamadığı zamanlarda huzursuzluk, sinirlilik, öfke
- ✓ Oyun oynamak için ders, iş veya sorumlulukları erteleme/aksatma
- ✓ Sürekli oyunu düşünme, oyuna dönme isteği
- ✓ Saatlerce aralıksız oyun oynama
- ✓ Oyun süresini gizleme veya yalan söyleme
- ✓ Uyku düzeninin bozulması (geç saatlere kadar oynama)
- ✓ Okul/iş başarısında düşüş
- ✓ Kişisel bakımın ve günlük rutinlerin ihmal edilmesi
- ✓ Aile ve arkadaşlarla geçirilen zamanın azalması
- ✓ Sosyal ortamlardan kaçınma
- ✓ Gerçek hayattaki ilişkiler yerine oyun içi ilişkileri tercih etme.



Dijital Oyun Bağımlılığı ile Baş Etme

Zaman Kontrolü

- Günlük oyun süresi için net bir sınır koy (örneğin 1 saat).
- Alarm veya uygulama ile süreyi takip et.
- Oyun molaları planla.

Alternatif Aktiviteler

- Spor, yürüyüş, müzik, kitap okuma gibi keyif veren etkinlikler bul.
- Oyun yerine yapılacak aktiviteleri önceden planla.

Sosyal Destek

- Aile ve arkadaşlarla daha fazla zaman geçir.
- Gerekirse güvendiğin birinden destek iste.



Dijital oyun bağımlılığı

Kişinin oyun oynama süresini ve isteğini kontrol edememesi ve bu durumun günlük yaşamını olumsuz etkilemesidir.

Dijital Oyun Bağımlılığının Yol Açtığı Sağlık Sorunları

Psikolojik Etkiler

- ✓ Dikkat ve odaklanma sorunları
- ✓ Kaygı, stres ve sinirlilik
- ✓ Depresif duygu durum
- ✓ Öfke kontrolünde zorlanma
- ✓ Gerçek hayattan keyif alamama

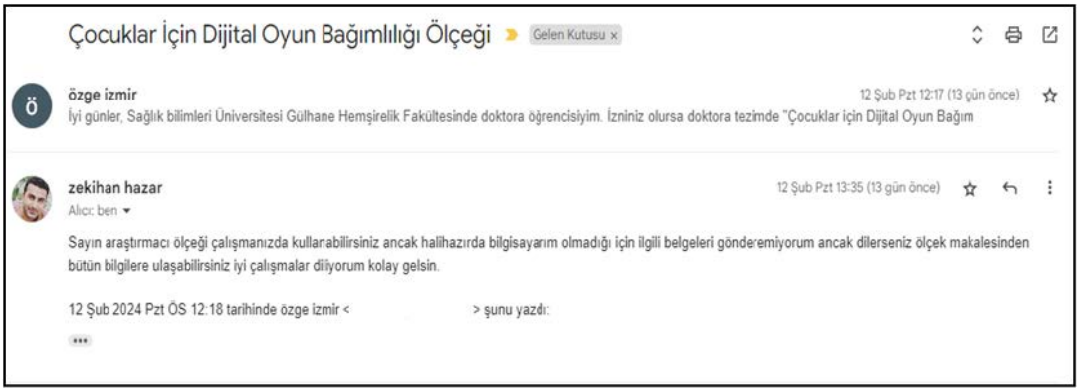


Fiziksel Etkiler

- ✓ Göz yorgunluğu, baş ağrısı
- ✓ Boyun, sırt ve bel ağrıları
- ✓ Bilek ve parmaklarda ağrı (tekrarlayıcı zorlanma)
- ✓ Hareketsizliğe bağlı kilo alma



8.9. EK 9 KULLANIM İZNİ



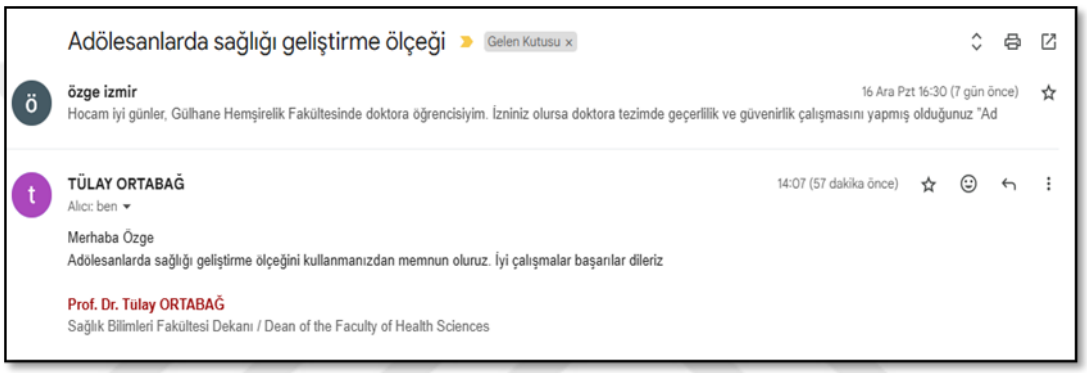
Çocuklar İçin Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği Gelen Kutusu ×

özge izmir 12 Şub Pzt 12:17 (13 gün önce)
İyi günler, Sağlık bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesinde doktora öğrencisiyim. İzniniz olursa doktora tezimde "Çocuklar için Dijital Oyun Bağım

zekihan hazar 12 Şub Pzt 13:35 (13 gün önce)
Alıcı: ben

Sayın araştırmacı ölçeği çalışmanızda kullarabilirsiniz ancak halihazırda bilgisayarım olmadığı için ilgili belgeleri gönderemiyorum ancak dilerseniz ölçek makalesinden bütün bilgilere ulaşabilirsiniz iyi çalışmalar diliyorum kolay gelsin.

12 Şub 2024 Pzt ÖS 12:18 tarihinde özge izmir < > şunu yazdı:



Adölesanlarda sağlığı geliştirme ölçeği Gelen Kutusu ×

özge izmir 16 Ara Pzt 16:30 (7 gün önce)
Hocam iyi günler, Gülhane Hemşirelik Fakültesinde doktora öğrencisiyim. İzniniz olursa doktora tezimde geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Ad

TÜLAY ORTABAĞ 14:07 (57 dakika önce)
Alıcı: ben

Merhaba Özge
Adölesanlarda sağlığı geliştirme ölçeğini kullanmanızdan memnun oluruz. İyi çalışmalar başarılar dileriz

Prof. Dr. Tülay ORTABAĞ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı / Dean of the Faculty of Health Sciences

8.10. EK 10 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Adölesanlarda Sağlık Eğitiminin Dijital Oyun Bağımlılığına ve Sağlığı Geliştirme Davranışına Etkisi
Sorumlu Araştırmacının Adı: Doç. Dr. Serpil ÖZDEMİR
Yardımcı Araştırmacıların Adı: Uzman Hemşire Özge Işıl ÇETİN
Destekleyici (varsa): -
Sayın veli, adölesan sağlığının korunması ve geliştirilmesi ile ilgili bir konuda çocuğunuzu sizin bilginiz ve onanımınız dahilinde bir çalışmaya davet etmek istiyoruz. Bu çalışmaya çocuğunuzun katılımı konusundaki düşünce ve tutumunuz gönüllülük esasına dayalıdır. Çocuğunuzun çalışmaya katılması konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer çocuğunuzun çalışmaya katılmasını isterseniz sizden bu formu imzalamanız talep edilecektir.
Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?
Bu çalışma, adölesanlarda sağlık eğitiminin dijital oyun bağımlılığı ve sağlığı geliştirme davranışına etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Çalışmaya 5., 6., 7. ve 8. sınıf öğrencilerinden toplam 160 öğrencinin katılması planlanmaktadır.
Bu çalışmada benim sorumluluklarım nelerdir?
Çocuğunuzun çalışmaya katılmasını istediğiniz taktirde bilgilendirilmiş onam formunu imzalamanızı daha sonrasında çocuğunuzun araştırmacımız tarafından planlanan faaliyetlere katılmasını ve araştırmacımız tarafından hazırlanan anket sorularını cevaplamasını bekliyoruz.
Çocuğunuz bu çalışmaya katılmalı mı?
Çocuğunuzun bu çalışmaya katılması ya da katılmaması sizin isteğinize bağlıdır. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin, araştırmacıya çocuğunuzun çalışmadan ayrılma isteğinizi söyleyerek çalışmayı bırakabilirsiniz. Aynı şekilde çalışmayı yürüten araştırmacı da çocuğunuzu çalışma dışı bırakma yetkisi bulunmaktadır.
Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?
Çalışma çocuğunuzun öğrenim durumunu ya da sağlığını olumsuz şekilde etkileyecek herhangi bir risk ve rahatsızlık bulunmamaktadır.
Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?
Bu çalışmada elde edilecek veriler ile ortaöğretim öğrencilerinin sağlığının korunmasına ve geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.
Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir?
Çalışmaya katılımınız herhangi bir mali yükümlülük getirmeyeceği gibi, tarafınıza da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.
Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?
Çocuğunuza ait bazı tanıtıcı bilgiler araştırma sürecinde kullanılacak olup, kimlik bilgileri kesinlikle gizli tutulacaktır. Fakat gereği halinde, çocuğunuz ile ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak çocuğunuzun kimliği hiçbir şekilde açıklanmayacaktır.
Çalışma ne kadar uzun sürecek?
Bu çalışmanın, Şubat 2025– Haziran 2025 tarihleri arasında yapılması planlanmaktadır.
Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?
Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı : Doç. Dr. Serpil ÖZDEMİR
Görevi : SBÜ Gülhane Hemşirelik Fakültesi Halk Sağ. Hem. ABD Öğretim Üyesi
Telefon :
Adı : Uzman Hemşire Özge Işıl ÇETİN
Görevi : Halk Sağ. Hem. Doktora Öğrencisi
Telefon :

Katılımcı Beyanı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim dalında görevli, Doç. Dr. Serpil ÖZDEMİR ve Uzman Hemşire Özge Işıl ÇETİN tarafından bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra çocuğum böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildi.
Çocuğumun araştırmaya katılması hususunda baskılayıcı, zorlayıcı bir davranışla karşılaşmadım. Çocuğumun araştırmaya katılmasını reddedersem okuldaki eğitim öğretiminin hiçbir şekilde etkilenmeyeceğini biliyorum. Araştırma esnasında herhangi bir sebep göstermeden çocuğumun araştırmadan ayrılabileceğimin bilincindeyim.

(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak adına önceden haber vermem gerektiğinin farkındayım.)
Araştırma ile ilgili maddi bir sorumluluk altına girmiyorum. Bana da parasal bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmada elde edilen kişisel bilgilerin korunacağını, yalnızca gerekli halde kişisel bilgilerin etik kurullar ve resmi makamların inceleyebileceğini biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla çocuğumun söz konusu bilimsel araştırmaya, benim rızam ve kendi isteği ile hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük esasına dayalı olarak katılmasını kabul ediyorum. İmzalı bu formun bir kopyası tarafıma verilecektir.
Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıda belirtilen kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Öğrencinin Adı ve Soyadı:

Öğrenci Velisinin

Adı soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Öğrenci Velisi ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Uzman Hemşire Özge Işıl ÇETİN
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih: …./…./…..

Araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Doç. Dr. Serpil ÖZDEMİR
Adres: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Keçiören /ANKARA
Tel:
İmza:
Tarih: …./…./…..

9. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Ad Soyad : Özge Işıl ÇETİN

Doğum Tarihi

Doğum Yeri

Uyruğu

Medeni Hali

Adres

Telefon

Mail

II-Eğitim Durumu

OKULLAR	BÖLÜM/ PROGRAM	ÜNİVERSİTE	YIL
Lisans			
Yüksek Lisans			
Doktora			

III-Mesleki Deneyimi

Görev Ünvanı	Görev Yeri	Yıl
Hemşire		
Hemşire		
Uzman Hemşire		
Uzman Hemşire		

IV-Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar:-

V-Bilimsel İlgi Alanları

Yayınlar:

Çetin, Ö.I. ve Erdoğan, S. (2017). Genç Erişkin Erkeklerde Şiddet Eğilimi ve Psikolojik Durum ile İlişkisi. *F.N. Hem. Derg*, 25(2), 77-84.

Bildiriler:

Katıldığı Sertifika Programları: