

**PSİKOPATOLOJİNİN, KUMAR OYNAMA DAVRANIŞI VE
ALKOL-MADDE KÖTÜYE KULLANIMI İLE İLİŞKİSİ**

İLKEM COŞKUN

IŞIK ÜNİVERSİTESİ

2017

PSİKOPATOLOJİNİN, KUMAR OYNAMA DAVRANIŞI VE ALKOL-MADDE KÖTÜYE KULLANIMI İLE İLİŞKİSİ

İLKEM COŞKUN

Işık Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü Lisans Programı, 2013
Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı,
2017

Bu tez, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne Yüksek Lisans (MA) derecesi
ile sunulmuştur.

IŞIK ÜNİVERSİTESİ

2017

İŞIK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

PSİKOPATOLOJİNİN, KUMAR OYNAMA DAVRANIŞI VE ALKOL-MADDE KÖTÜYE
KULLANIMI İLE İLİŞKİSİ

İLKEM COŞKUN

ONAYLAYANLAR:

Yrd. Doç. Dr. Vicdan Yücel
(Tez Danışmanı)

Işık Üniversitesi

Prof. Dr. Feryal Çam Çelikel

Işık Üniversitesi

Yrd. Doç. Dr. Aydın Karaçanta

İstanbul Ticaret Üniversitesi

ONAY TARİHİ: 06.01.2017

THE RELATION OF PSYCHOPATHOLOGY WITH GAMBLING AND ALCOHOL AND SUBSTANCE ABUSE

Abstract

The statement of the problem: The aim of this study was to examine the relation between individuals' psychopathology and gambling behavior, alcohol and substance abuse. The hypothesis of the study claimed that people who show psychopathological symptoms involve in gambling behavior, alcohol and substance abuse and there is a positive relation between these variables.

Method: Three hundred and forty seven people attended to the study via online (n=189; 140 women, 49 men) and printed forms (n=158, 97 women and 61 men) as volunteers in universities, offices and social places (such as cafes). Participants applied The Symptom Assessment Questionnaire SA-45, The South Oaks Gambling Screen (SOGS), The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and The Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in addition to informed consent form and demographic information form.

Results: According to the correlation analyses that was conducted for collected data, there is positive relation between psychopathological symptoms and gambling behavior, alcohol and drug abuse. The hypothesis is supported. Anxiety, depression, hostility, interpersonal sensitivity, somatization symptoms and general characteristics of symptoms (positive symptom total and global severity index) had significant relation with gambling behavior and alcohol and drug abuse. Symptoms such as paranoid ideation, phobic anxiety and psychoticism had relation with different variables. According to regression analyses results; hostility, somatization, anxiety and psychoticism symptoms predicted gambling behavior; hostility symptoms predicted alcohol abuse and hostility, depression and paranoid ideation symptoms predicted drug abuse.

Conclusion: Under the light of the findings, it could be predicted that people who have aforementioned psychopathological symptoms might involve in gambling behavior, alcohol and drug abuse in the future.

Key words: Psychopathology, gambling, alcohol abuse, substance abuse, and addiction



PSİKOPATOLOJİNİN, KUMAR OYNAMA DAVRANIŞI VE ALKOL-MADDE KÖTÜYE KULLANIMI İLE İLİŞKİSİ

Özet

Problem tanımı: Bu araştırmanın amacı kişilerin psikopatolojilerinin kumar oynama davranışı, alkol ve madde kötüye kullanımı arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırmanın hipotezi psikopatolojik bulgular görülen bireylerde kumar oynama davranışı ve alkol ve madde kötüye kullanımı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu yönündeydi.

Yöntem: Araştırmaya internet üzerinden online olarak (n=189; 140 kadın, 49 erkek) ve elden (n=158; 97 kadın, 61 erkek) dağıtılarak okullarda, iş yerlerinde ve sosyal ortamlarda gönüllü olarak katılmak isteyen katılımcılar dahil edilmiştir. Toplamda 347 kişinin gönüllü katıldığı araştırmada katılımcılara onam formu ve demografik bilgi formu dışında SA-45 Semptom Değerlendirme Ölçeği, South Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT), Alkol Kullanım Bozukluklarını Saptama Ölçeği (AUDIT) ve Madde Kullanım Bozukluğu Tanıma Testi (DUDIT) verilmiştir.

Bulgular: Araştırmadan elde edilen veriler üzerinde yapılan korelasyon analizleri sonucunda psikopatolojik bulgular ile kumar oynama davranışı ve alkol ve madde kötüye kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Araştırmada test edilen hipotez desteklenmiştir. Özellikle anksiyete, depresyon, düşmanlık, kişilerarası ilişkilerde duyarlılık, somatizasyon belirtileri ile belirtilerin genel özelliklerine ilişkin veriler (pozitif semptom toplamı ve global şiddet indeksi) kumar oynama ve alkol ve madde kötüye kullanımı ile ilişkili bulunmuştur. Paranoid düşünme, fobik anksiyete ve psikotizm gibi belirtilerin ilişkili bulundukları değişkenler farklılık göstermiştir. Regresyon analizleri sonucunda düşmanca tavırlar, somatizasyon, anksiyete ve psikotizmin kumar oynama davranışını; düşmanlık semptomlarının alkol kötüye

kullanımını ve düşmanca, depresyon ve paranoid düşünmenin madde kötüye kullanımını yordadığı bilgisine ulaşılmıştır.

Sonuç: Araştırmanın sonucunda elde edilen bulguların ışığında, yukarıda değinilen psikopatolojik bulgulara sahip bireylerin ileride kumar oynama davranışı, alkol ve madde kötüye kullanımı gibi davranışlarda bulunabilecekleri öngörülebilir.

Anahtar kelimeler: Psikopatoloji, kumar oynama davranışı, alkol kötüye kullanımı, madde kötüye kullanımı, bağımlılık



Teşekkürler

Yüksek lisans yapıyor olmanın en zor kısmı tez yazmaktı diyebilirim. Bu zor ve sancılı süreçte bana birçok insan destek oldu ve ben bu destekler sayesinde bugün tezimi tamamladım. İlk olarak tezimi yazarken doğru yolda ilerlememe yardımcı olan; akademik bilgisi ve geri bildirimleriyle tezimi en iyi şekilde yazmam için bana destek olan tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Vicdan Yücel'e teşekkür ederim. Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı boyunca ders aldığım hocalarım ve süpervizörlerime bilgileri ve emekleri için teşekkür ederim. Yüksek lisans eğitimimi eksiksiz biçimde tamamlamama sağladığı koşullarla destek olan işverenim, hocam ve süpervizörüm Uzm. Klinik Psikolog Emre Konuk'a ve ayrıca tüm DBE Davranış Bilimleri Enstitüsü'nde birlikte çalıştığım iş arkadaşlarım ve meslektaşlarıma teşekkür ederim. Tezimin analiz kısmında benden desteğini esirgemeyen ve bana bu süreçte en büyük yardımlardan birini yapan saygıdeğer hocam Yrd. Doç. Dr. Canan Savran'a teşekkür ederim.

Tezim için veri toplamama yardımcı olan sevgili arkadaşım Begüm Koçer'e ve kuzenlerim İrem ve Gaye Satır, Canan, Ufuk, Kubilay ve Kasım Coşkun'a; yöntem ve analiz kısmında sabırla sorularımı yanıtlayan ve destek olan sevgili arkadaşlarım Ayşegül Gacal ve Begüm Ayşegül Aydınolu'na; ne zaman karamsarlığa kapılmak üzere olsam destekleriyle beni yeniden aydınlığa çeken ve yardım eden sevgili arkadaşım Zülal Vatansever'e ve bu zor süreçte bana destek veren, emeği geçen, yüreklendiren başta Altuna Türkoğlu, Ece Eryılmaz'a ve diğer tüm arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Son olarak bana her zaman destek olan, zor günlerimde sabır gösteren ve beni hep cesaretlendiren annem Nilgün Coşkun'a ve babam Haydar Coşkun'a tüm başarılarımı ithaf eder ve emekleri için çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ONAY	
ABSTRACT.....	i
ÖZET	iii
TEŞEKKÜRLER	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR LİSTESİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Kumar Oynama Davranışı	1
1.2. Patolojik Kumar Oynama	2
1.3. Alkol ve Madde Kötüye Kullanımı.....	2
1.4. Kumar, Bilişsel Süreçler ve Kişilik Özellikleri	3
1.5. Kumar ve Cinsiyet	5
1.6. Kumar ve Yaş	6
1.7. Kumar, Genetik ve Katılımsal Özellikler	7
1.8. Kumar ve Aile Yapısı	8
1.9. Kumar, Sosyal ve Toplumsal Özellikler	9
1.10. Kumar ve Etnik Unsurlar	10
1.11. Psikopatoloji ve Kumar	11
1.12. Alkol-Madde Kullanımı ve Kumar	15
1.13. Kumar, Madde Kullanımı ve İntihar	17
1.14. Yapılan Diğer Çalışmalar	17
1.15. Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri	18
2.YÖNTEM	20
2.1.Katılımcılar ve İşlem	20
2.2.Uygulanan Formlar ve Ölçekler	21

2.2.1. Basılı Formlar İçin Oluşturulan Sosyodemografik Bilgi Formu	21
2.2.2. Online Formlar İçin Oluşturulan Sosyodemografik Bilgi Formu	21
2.2.3. Semptom Değerlendirme Ölçeği (SA-45).....	21
2.2.4. South Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT)	22
2.2.5. Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi (AUDIT)	22
2.2.6. Madde Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi (DUDIT)	22
2.3. Veri Analizi ve Değerlendirmesi	23
3. BULGULAR	24
4. TARTIŞMA	51
4.1. Sonuçların Tartışılması	51
4.2. Önleyici Olarak Yapılabilecekler ve Tedavi Yöntemleri	57
4.3. Kısıtlılıklar	58
4.4. Gelecekteki Araştırmalar	59
4.5. Sonuç	61
KAYNAKLAR.....	
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 3.1. Sosyodemografik Bilgiler	24
Tablo 3. 2. Katılımcıların Yaşına İlişkin Betimsel İstatistik Sonuçları	25
Tablo 3.3. Şans oyunları/ kumar oynama oranları	25
Tablo 3.4. Katılımcıların Psikopatolojik Bulgularına İlişkin Betimsel İstatistik Sonuçları	25
Tablo 3.5. Grup Faktörüne İlişkin Bağımsız Grup T-Test Sonuçları	27
Tablo 3.6. Psikopatoloji ve Cinsiyet Bağımsız Grup T-Test Sonuçları	28
Tablo 3.7. Psikopatoloji ve Medeni Durum Betimsel İstatistik Sonuçları	29
Tablo 3.8. Psikopatoloji Değişkeni için Varyansların Homojenliği Testi	30
Tablo 3.9. Psikopatoloji ve Medeni Durum Değişkeni ANOVA Sonuçları	31
Tablo 3.10. Psikopatoloji ve Medeni Durum Değişkeni için Tamhane Çoklu Karşılaştırma Testi Sonuçları	32
Tablo 3.11. Psikopatoloji ve Eğitim Değişkeni İçin Betimsel İstatistik Sonuçları.....	34
Tablo 3.12. Psikopatoloji ve Eğitim Değişkeni için Varyansların Homojenliği Testi... ..	35
Tablo 3.13. Psikopatoloji ve Eğitim Değişkeni için ANOVA Sonuçları	36
Tablo 3.14. Psikopatoloji ve Eğitim Durumu Değişkeni için Tamhane Çoklu Karşılaştırma Test Sonuçları.....	37
Tablo 3. 15. Psikopatoloji ve Şans Oyunları/Kumar Oynama Yanıtına İlişkin Bağımsız Grup T-Test Sonuçları	39
Tablo 3.16. Kumar Oynama Davranışı ve Cinsiyet Değişkenine Bağımsız Grup T-Test Sonuçları	40
Tablo 3.17. Kumar Oynama Davranışı ve Medeni Durum Değişkenine İlişkin Betimsel İstatistik Sonuçları.....	40
Tablo 3.18. Kumar Oynama Davranışı ve Medeni Durum Değişkenine İlişkin ANOVA Sonuçları.....	41

Tablo 3.19. Kumar Oynama Davranışı ve Eğitim Değişkenine İlişkin Betimsel İstatistik Sonuçları.....	41
Tablo 3.20. Kumar Oynama ve Eğitim Değişkenine İlişkin ANOVA Sonuçları	41
Tablo 3.21. Kumar Oynama Davranışı ve Şans Oyunları/Kumar Oynama Değişkenine İlişkin Bağımsız Grup T-Test Sonuçları	42
Tablo 3.22. Alkol kullanımı ve Grup Faktörüne İlişkin Bağımsız Grup T-Testi Sonuçları.....	42
Tablo 3.23. Alkol Kullanımı ve Cinsiyet Değişkenine İlişkin Bağımsız Grup T-Test Sonuçları	42
Tablo 3.24. Alkol Kullanımı ve Medeni Durum Betimsel İstatistik Sonuçları	43
Tablo 3.25. Alkol Kullanımı ve Medeni Durum Değişkenine İlişkin ANOVA Sonuçları	43
Tablo 3.26. Alkol Kullanımı ve Eğitim Değişkenine İlişkin Betimsel İstatistik Sonuçları	43
Tablo 3.27. Alkol Kullanımı ve Eğitim Değişkenine İlişkin ANOVA Sonuçları	44
Tablo 3.28. Alkol Kullanımı ve Şans Oyunları/Kumar Oynama Değişkenine İlişkin Bağımsız Grup T-Testi Sonuçları	44
Tablo 3.29. Madde Kullanımı ve Grup Faktörüne İlişkin Bağımsız Grup T-Test Sonuçları	44
Tablo 3.30. Madde Kullanımı ve Cinsiyet Değişkenine İlişkin Bağımsız Grup T-Test Sonuçları	45
Tablo 3.31. Madde Kullanımı ve Medeni Durum Değişkenine İlişkin Betimsel İstatistik Sonuçları	45
Tablo 3.32. Madde Kullanımı ve Medeni Durum Değişkenine İlişkin ANOVA Sonuçları	45
Tablo 3.33. Madde Kullanımı ve Eğitim Değişkenine İlişkin Betimsel İstatistik Sonuçları	46
Tablo 3.34. Madde Kullanımı ve Eğitim Değişkenine İlişkin ANOVA Sonuçları	46
Tablo 3.35. Madde kullanımı ve Şans oyunları/kumar oynama Değişkenine İlişkin Bağımsız Grup T-Test Sonuçları	46
Tablo 3.36. Psikopatoloji ve Kumar Oynama, Alkol ve Madde Kullanım İlişkisi Korelasyon Analizi Sonuçları	47
Tablo 3.37. Psikopatoloji ve Kumar Oynama Davranışı İçin Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları	49

Tablo 3.38. Psikopatoloji ve Alkol Kullanımı İçin Hiyerarşik Regresyon Analizi	
Sonuçları	49
Tablo 3.39. Psikopatoloji ve madde kullanımı için Hiyerarşik Regresyon Analizi	
Sonuçları	50



KISALTMALAR LİSTESİ

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU.....	(TSSB)
SEMPATOM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ	(SA-45)
SOUTH OAKS KUMAR TARAMA TESTİ	(SOKTT)
ALKOL KULLANIM BOZUKLUKLARINI TANIMA TESTİ	(AUDIT)
MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARINI TANIMA TESTİ	(DUDIT)
ANKSİYETE	(ANX)
DEPRESYON	(DEPR)
HOSTİLİTE (DÜŞMANLIK)	(HOST)
KİŞİLERARASI DUYARLILIK.....	(INT)
OBSESİF KOMPÜLSİF	(OCB)
PARANOİD DÜŞÜNME	(PART)
FOBİK ANKSİYETE	(FOBİ)
SOMATİZASYON	(SOMA)
POZİTİF SEMPTOM TOPLAMI.....	(PST)
GLOBAL ŞİDDET İNDEKSİ	(GSI)

BÖLÜM 1

GİRİŞ

1.1. Kumar Oynama Davranışı

Kumar oynama, neredeyse tüm kültürlerde ve çocukluktan yetişkinliğe gelişimin tüm evrelerinde yaygın olarak görülen bir davranıştır (Meyer ve ark., 2009). Dünya genelinde yetişkinlerin %3'ü ila %5.3'ü kumar nedeniyle hayatlarında problemler yaşamaktadır (Wardle ve ark., 2011). Sosyokültürel ya da kumar oynanan ülkelerin hükümet politikaları gözetilmeksizin yapılan uluslararası çalışmaların sonuçları, sürekli olarak kumar oynama davranışının, birçok genç insanın aktif ya da pasif anlamda yaşam deneyimlerinin bir parçası olduğunu gösterir (Hayer & Griffiths., 2015, p.539). Yasal olarak kumar oynama yaşındaki sınırlamalara rağmen, gençliğin büyük bir çoğunluğunun piyangolar, kazı kazan kartları ve elektronik kumar oynama makineleri aracılığıyla kumar oynama gibi kumar türlerini oynadıkları bilinmektedir (Volberg ve ark., 2010). Poker, spor bahisleri ve beceri oyunları üzerine para yatırarak bahse girme de yine gençler arasında yaygın olarak görülmektedir. Uyuşturucu tüketimine benzer olarak bu anlamda kumar oynama aktiviteleri de kişiler üzerinde yarattığı heyecan nedeniyle, oldukça teşvik edicidir (Griffiths, 2011). Kumar oynamanın birçok genç üzerinde yarattığı algı, eğlenceli ve zararsız bir aktivite olduğu yönünde olsa da, bu davranış hem bağımlılık oluşturabilir hem de psikososyal ve ekonomik anlamda ciddi negatif sonuçları olan problemli bir aktiviteye dönüşebilir (Volberg ve ark., 2010).

Bir kesim için keyifli bir aktivite olan ancak bir kesim için de ciddi hayati problemlere yol açan kumar oynama davranışı ile ilgili yapılan yaygınlık

araştırmalarına bakıldığında, patolojik kumar oynama davranışının yaygınlığının diğerk psikopatolojik tanılar kadar görüldüğüne ulaşılmıştır (Arcan, 2012).

1.2. Patolojik Kumar Oynama

Patolojik kumar oynama davranışı DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'nda yer aldığı üzere, kişinin kumar oynama üzerine aşırı kafa yorması - geçmişteki kumar oynama deneyimlerini tekrar yaşamak, bir sonraki oyunu düşünmek, engellemek ya da yeniden oynamak için para oluşturmanın yollarını düşünmek-, istediğı heyecanı duyabilmek için giderek artan miktarlardaki paralar ile kumar oynama gereksinimi duyması; başarısızlıkla sonuçlanan kumar oynamayı kontrol altına alma, azaltma ya da bırakma çabasının olması; bu çabalar esnasında huzursuz ya da rahatsız bir tutum sergilemesi; sorunlardan kaçmak için örneğın çaresizlik, suçluluk, anksiyete, depresyon gibi düşük duygudurumdan kurtulmak adına kumar oynaması; kaybettiğı paraları tekrar kazanmak için kumar oynaması; ne kadar kumar oynadığını gizlemek için aile üyelerine, terapistine ya da başkalarına yalan söylemesi; kumar oynaması için gereken parayı sağlamak üzere sahtekarlık, dolandırıcılık, hırsızlık, zimmetine para geçirme gibi yasal olmayan eylemlerde bulunması; kumar oynama yüzünden önemli bir ilişisini, işini, eğitimini/mesleğindeki başarıyı kaybetmesi ya da ilgili fırsatları kaçırması; kumar oynama davranışı nedeniyle düştüğü kötü durumdan kurtulmak adına para sağlaması için başkalarına güvenmesi gibi niteliklerden en az beşinin görölüyor olması kişide patolojik kumar oynama davranışı olduğunun göstergesidir (Amerikan Psikiyatri Birliği & Köroğlu, 2005, p. 261).

1.3. Alkol ve Madde Kötüye Kullanımı

DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'nda alkol ve madde kötüye kullanımı kişinin bir yıllık bir dönemde meydana gelen bazı belirti veya belirtilerle klinik anlamda belirgin düzeyde bozulma veya sıkıntılı durumlara neden olan kullanım olarak ele alınmıştır. Belirtilerin arasında kişinin iş, okul ev ya da sosyal evre gibi alanlarda kendisinden beklenen sorumlulukları (örneğin; alkol veya madde kullanımı nedeniyle sık sık işe, okula gidememe; bu alanlarda başarı gösterememe veya kovulma yaşama, aile bireylerinin ihmal edilmesi gibi) üstlenememesi ile

sonuçlanan tekrarlayıcı alkol veya madde kullanım öyküsünün olması; fiziksel anlamda bir tehlike oluşacak durumlarda tekrarlayıcı alkol veya madde kullanım öyküsü (örneğin alkol veya madde kullanımı sebebiyle oluşan bozukluklar esnasında araba kullanmak ya da bir makineyi çalıştırmak); alkol veya madde ile ilgili olarak tekrarlayıcı bir şekilde yaşanan yasal problemler (örneğin alkol veya madde kullanımına bağlı oluşan davranım bozukluğu sebebiyle tutuklanma) ve alkol veya madde kullanımının etkilerinin sebep olduğu ya da arttırdığı sürekli ya da tekrarlayıcı toplumsal ya da kişilerarası problemlere karşı süregelen bir biçimde madde kullanımı öyküsünün olması yer almaktadır. Bu belirtilerden bir ya da daha fazlasının bir yıllık bir dönem içinde görülüyor olması ve bu belirtilerin ciddi bozulma ve sıkıntılı durumlara sebep olması kişinin alkol veya maddeyi kötüye kullanımını tanımlamaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği & Köroğlu, 2005, p. 101).

Kumar oynama davranışı üzerinde birçok faktörün etkili olduğu bilgisine konuya ilişkin yapılan çalışmalar sonucunda erişilmiştir. Kişilik özellikleri, cinsiyet, yaş, genetik ve kalıtsal özellikler, aile yapısı, sosyal ve toplumsal özellikler, etnik yapıya ilişkin özellikler ve göçmenlik, psikopatoloji, alkol ve madde kullanımına ilişkin özellikler kumar oynama davranışı üzerinde etkili olan faktörler arasında yer almaktadır. Ayrıca kişilerin intihara meyilli olma durumu ve kişilerde görülen diğer bağımlı davranışlar da yine kumar oynama üzerinde etkili olduğu bilinen faktörlerdendir.

1.4. Kumar, Bilişsel Süreçler ve Kişilik Özellikleri

İnsanların neden kumar oynama davranışı gösterebileceklerine ilişkin bilişsel süreçleri anlamlandırma noktasında Bandura'nın Sosyal Bilişsel Kuram (Sosyal Öğrenme Kuramı) 1997) önemli bir kaynak olabilir. Bu kurama göre kişilerin davranışları, davranış-sonuç beklentisi ve fayda sağlama inançlarından beslenir. Kumar oynamaya ilişkin biliş, kumar oynama sonucunda birçok olumlu sonuca erişileceği; kumar oynamanın belirgin ipuçları, şans faktörü ya da önceki kazanma ya da kaybetmeye ilişkin bilgilere dayanarak ve kumar oynamaya devam ederek mutlaka kaybedilen paranın geri kazanılabileceği inancından yola çıkarak kontrol edilebileceği ya da öngörülebileceği yönündedir. Kumar oynamanın sonucuna ilişkin olumlu yanlılığın, kumar oynama davranışı konusunda bir motivasyon kaynağı olabileceği ve

bu davranışın sürdürülmesinde de bir etken olabileceği düşünülmektedir (Tang & Oei, 2011).

Kişilerin kumar oynama davranışını pek çok dış etken motive edebilir. Heyecan için oynamak, kişinin içinde bulunduğu sosyal toplumun bu davranışı gösteriyor ve pekiştiriyor olması, stresten kaçınmak ya da ruh halini etkileyen olumsuz olaylarla başa çıkıyor olmak için kumar oynamak başlıca motivasyon kaynaklarından olabilir (Llyod ve ark., 2010). Araştırmalar dürtüsellik, heyecan arama, risk alma ve antisosyal kişilik özelliklerinin patolojik kumar oynama ile ilişkili olduğunu bulmuştur (Vitaro ve ark., 1997; Coventry ve Constable, 1999, Petry ve Casarella, 1999; Perty, 2000).

Motivasyonel nedenlerin yanı sıra, nedenleri açıklayan bilimsel teorilerden de söz edilmektedir. Bağımlı davranışlara ilişkin stresle başa çıkma teorisine (Wills & Shiffman, 1985) göre, etkili stresle başa çıkma becerileri olan kişilerde sağlıklı davranışsal sonuçlar gözlemlenirken; etkili olmayan başa çıkma becerileri kullananlar ya da başa çıkma becerileri konusunda birtakım problemler yaşayanların bağımlı davranışlar sergileyebileceği söylenmektedir. Bu teoriye göre etkili başa çıkma becerileri olan kişilerin stresli oldukları zaman bu durumla baş etmek adına kumar oynama olasılıkları, etkili başa çıkma becerilerine sahip olmayan kişilere göre daha azdır.

Genel anlamda kumar oynama nedenleri değerlendirildiğinde, kumar oynamanın eğlenceli, adrenalini yüksek, riskli bir etkinlik olması kumar oynamayı arttırıcı nedenler arasında olabilir. İnsanlar bu nedenle oynuyor ya da sosyal rollerden ve/veya stereotiplerden, düşük ekonomik düzeyden ve/veya yaşamlarındaki kontrolü en aza indiren çok düzenli bir işte çalışıyor olmaktan kaçınmak için oynuyor olabilirler (Cavion ve ark., 2008, p, 114).

Kumar oynama davranışını etkileyen faktörleri ve bu faktörlerin nasıl etkili olabileceğine ilişkin bilgileri etraflıca incelendiğinde ve bu bağlamda kumar oynama davranışı gösteren kişilerin kişilik özellikleri değerlendirildiğinde, tipik karakteristik özellikleri içerisinde heyecan arama; kolayca uyarılabilme/heyecana kapılabilme, risk alma eğiliminde olma ve aynı zamanda dürtü kontrolü sıkıntısı yaşama gibi özellikler olduğu görülmüştür (Hayer & Griffiths., 2015)

1.5. Kumar ve Cinsiyet

Cinsiyet bileşeni incelendiğinde, hem yetişkin hem de ergen erkeklerin kumar oynama oranlarının kadınlara göre daha fazla olduğu bilinmektedir. Cinsiyet yalnızca kumar oynama oranlarını değil aynı zamanda kumar türlerini de etkileyen bir değişkendir. Örneğin, erkeklerin büyük çoğunluğunun neredeyse tüm kumar türlerini oynadığı; kadınlarinsa görece daha güvenli ve eğlence odaklı çevreler olduğu için daha çok bingo ve kumarhane oyunlarını tercih ettikleri bilinmektedir (Gupta & Derevensky, 1998; Hraba & Lee, 1996). Ayrıca kadınların erkeklere oranla daha çok yasal oyun türlerini tercih ettikleri de yine araştırmalar sonucunda elde edilen bilgiler arasındadır (Lindgren ve ark., 1987; Mark & Lesieur, 1992). Ergenlerdeki oranlara bakıldığında ise loto oyunlarının oynanma oranı her iki cinsiyette benzer oranlardayken; erkeklerin daha çok at yarışı gibi yarış oyunları, kartlarla oynanan oyunlar ve arkadaşlarıyla bir şeyler üzerine para yatırarak iddiaya girme gibi türleri daha çok tercih ettiği görülmüştür (Govoni ve ark., 1996; Moore & Ohtsuka, 1997).

Kadınların kumar oynama etiyolojilerine bakıldığında, problem oluşturan kumar oynama davranışları genellikle sık evlenme ve yerleşim yerlerinin değişmesi, çocukken kumar oynama davranışına maruz kalma, dini konulara ilginin az olması gibi konular ile ilişkilirken; erkeklerin etiyolojilerinde alkol tüketiminin kumar oynama konusunda bir yordayıcı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Hraba & Lee, 1996). Genel anlamda bakıldığında ise erkekler daha çok kazanmanın heyecanını yaşama dürtüsüyle kumar oynarken, kadınlar daha çok kişisel problemlerinden kaçmak için kumar oynadığını belirtmiştir (Spunt ve ark., 1998).

2009 yılında %11.8'ini kadınların oluşturduğu 498 patolojik kumar oynama davranışı gösteren kişiler üzerinde yapılan bir araştırmanın sonucunda, patolojik kumar oynama davranışı kadınlarda afektif bozuklukla komorbid olarak görülme oranı %30.5 olarak bulunmuştur. Erkeklerde madde kullanımına ilişkin komorbid oranı ise %11.2 olarak bulunmuştur (Jimenez-Murcia ve ark., 2009). Ayrıca psikiyatrik bozukluklar öyküsü ve güncel madde kullanım komorbiditesi arasında da pozitif bağlantı bulunmuştur. Kişinin günlük alkol tüketimi arttıkça günlük kumar oynama oranı ve şiddetinin de arttığı görülmüştür (Welte ve ark., 2004).

1.6. Kumar ve Yaş

Kumar oynama davranışı üzerinde etkili olabilecek ve değişkenlik gösterebilecek bir diğer faktör ise yaştır. Kumara erişebilir olmak gibi durumsal özelliklerin ve aile üyeleri ya da akranlar arasında kumar oynama davranışının popüler olması gibi sosyal yönlerin, kişilerin kumar oynamaya başlamaları üzerinde oldukça önemliyken, düzenli olarak kumar oynama davranışı; daha çok kumarın kendisinin ödüllendirici özelliği ve psikoaktif etkileri ile açıklanır (Hayer & Griffiths., 2015). Bu duruma teorik bir pencereden yaklaşıldığında, gençler arasındaki kumar oynamaya başlama yaşı ve erken kazanımlar ileride kumar oynama davranışı gösterme olasılığını arttırabilir. Nitekim birçok araştırma kumar oynamaya başlama yaşı ve patolojik kumar oynama arasında bir bağ olduğunu göstermiştir. Özellikle kumar oynama davranışına ilk erişimin erken yaşta olması, yetişkinliğe geçiş evresinde kumarla ilişkili problemlerin görülme riskini arttırır (Griffiths, 2011).

Kumar oynama, çoğu ülkede yasaldır ve sosyal bir aktivite olarak kabul görür, bu kabul görme kumar oynama davranışının görülmesini etkiler. Örneğin çocukların kumar oynamaya sıklıkla aile üyeleriyle birlikte ya da kendilerine hediye edilen piyango bileti ya da kazıkazanlar ile başladığı belirtilmiştir. (Gupta & Derevensky, 1997;Kundu ve ark., 2013;Moodie & Finnigan, 2006). Piyango biletleri hediye etmek kumar oynama davranışını normalleştirir ve kumar oynamaya ilişkin olumlu düşüncelerin oluşmasına neden olur ve kumar oynama davranışına teşvik eder (Kundu ve ark., 2013). Patolojik kumar oynama davranışının erkeklerde erken ergenlik dönemlerinde başladığı; kadınlarda ise daha sonra başladığı ve sonrasında kronik bir hal aldığı, ilerlediği ve zaman zaman azaldığı ve arttığı gözlemlenmiştir. Daha çok erkekler arasında yaygın gibi gözüken kumar oynama davranışı son yıllarda kadınlarda da artış göstermektedir. Kadınların, erkeklere oranla kumar oynama davranışını daha geç gösterdiği ancak bu davranışı göstermeye başladıktan sonra kumarla ilişkili problemlerin oluşmasının daha hızlı olduğu yapılan araştırmalarca desteklenmiştir. Ergenler ve yetişkinler kumar oynama ve kumarla ilişkili problemler konusunda karşılaştırıldığında, ergenlerin daha çabuk zarar görebildiği sonucuna erişilmiştir. Çoğu ülkede on sekiz yaşın altında kumar oynamak yasal değilken yapılan araştırmalar ergenlerin neredeyse dörtte üçünün kumar oynadığı ve yetişkinlere oranla ergenlerde görülen patolojik kumar oynama oranının iki kat fazla olduğu yönündedir. Ergenlerde görülen kumar oynama davranışına çoğunlukla alkol

ve madde kötüye kullanımı da eşlik eder. Yapılan bazı araştırmaların sonuçları, kumar oynama davranışının erken yaşta başlamasıyla kişinin ileride daha şiddetli kumar oynama davranışı gösterebileceği ve daha olumsuz sonuçlarla karşılaşabileceğini göstermektedir (George & Murali, 2005).

Kumarla ilgili problemlerin daha çok ergenlikte ve üniversite yıllarında ortaya çıktığı ve patolojik kumar oynamanın 16-17 yaş arasında görülme olasılığının, yetişkinlikte görülme olasılığını ikiye katladığı yapılan bir araştırma sonucunda desteklenmiştir (Lightsey & Hulsey, 2002). Konuyla ilişkili olarak derlenen meta-analiz sonuçları ergenlerin %4.4 ila %7.4'ü arasında patolojik kumara ilişkin ciddi örüntüler görüldüğünü; %9.9'u ila %14.2'sinin ciddi kumar oynama problemleri geliştirdiğini göstermiştir (Shaffer & Hall, 1996).

Kumar oynamaya ilişkin önemli faktörler arasında yer alan cinsiyet ve yaş, bazı kumar oynama motivasyonları üzerinde etkilidir. Örneğin, yapılan bir araştırmada duygudurum düzenlemesi, para kazanma ve heyecan duyma motivasyonları incelenmiştir. Araştırma sonucunda kadınların erkeklere oranla daha fazla duygudurum düzenlemesi motivasyonu ile kumar oynadıkları; kadınlar için bu motivasyonların arasında para kazanmanın ya da heyecan duymanın erkeklere göre daha düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Yine aynı araştırmada heyecan duymak için oynayan katılımcıların, kumar oynama davranışının yanı sıra sağlıklı olmayan bir düzeyde alkol tüketimlerinin olduğu da saptanmıştır. Yaş değişkeni üzerinden değerlendirildiğinde ise, yaş ilerledikçe para kazanma yerine heyecan duyma ve duygudurum düzenlemesi motivasyonunun daha fazla olduğu görülmüştür (Llyod ve ark., 2010).

1.7. Kumar, Genetik ve Kalıtsal Özellikler

Kumar oynama davranışı üzerinde etkili olan faktörler arasında genetik ve kalıtsal faktörler de yer almaktadır. Özellikle patolojik kumar oynama davranışı üzerinde genetik faktörler birçok yönden ve çevresel uyaranlar bakımından karmaşık etkileşimler doğrultusunda etkili olabilir. Aileler üzerinde yapılan çalışmaların sürekli olarak, patolojik kumar oynama davranışı gösteren kişilerin birinci dereceden akrabaları arasında kumar oynama problemleri olduğunu gösterdiği bilgisini de göz önünde bulundurarak (Black ve ark., 2006) hem ailesel hem de genetik faktörlerin

kişilerde kumar oynama ile bağlantılı problemlerinin gelişmesi üzerinde önemli rol oynadığı görülmektedir.

Kalıtımsal faktörlerin de etkili olduğuna ilişkin araştırmalar yapılmıştır. Lobo ve Kennedy'nin (2006), 3359 erkek ikiz üzerinde yapılan genetik çalışmalardan derlediği sonuçlardan; patolojik kumar oynama davranışının kalıtımsallık oranının %50 ile %60 arasında değişkenlik gösterdiği bilgisine erişilmiştir. Patolojik kumar oynama davranışı yüksek oranda antisosyal davranışlar, alkol bağımlılığı ve majör depresif bozukluk ile komorbid görülebilir. Ayrıca genetik faktörler, travmatik yaşam olaylarına maruz kalma ile patolojik kumar oynama arasındaki bağın temelini de oluşturur (Meyer ve ark., 2009).

1.8. Kumar ve Aile Yapısı

Aile yapısı, kumar oynama davranışı üzerinde etkili olabilecek bir başka etkidir. Ailenin sosyodemografik yapısı, aile üyelerinin tutumları/davranışları, aile içindeki ortam ve/veya ebeveynlerin ebeveynlik türleri gibi bileşenler bu başlık altında yer alabilir. Araştırmalar, ergenlerdeki kumar oynama problemlerinin daha çok anne ya da babanın kumar oynama patolojileri ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Gupta & Derevensky, 1998; Hardoon, Gupta & Derevensky, 2004). Ebeveynlerle ilişkilerin kötü olması (Skokauskas & Satkeviciute, 2007), ailelerden ihtiyaç duyulan sosyal desteğin sağlanamaması (Hardoon ve ark., 2004) ve ebeveynlerle iletişimin ve aradaki güvenin oldukça az olması (Magoon & Ingersoll, 2006) yine kişilerdeki kumar oynama davranışlarıyla ilişkilendirilebilir. Sadece aileler ve ebeveynler değil aynı zamanda akranların da kumar oynama davranışı üzerinde etkileri olduğu söylenebilir. Özellikle ergen popülasyonuna bakıldığı zaman, kumar oynama problemi olan arkadaşlara sahip ergenlerin, kendilerinin de kumar oynama problemleri gösterdiği görülmüştür (Delfabbro & Thrupp, 2003; Hardoon ve ark., 2004; Ólason ve ark., 2006).

Aile içindeki tutum, çocukların kumar oynama davranışı geliştirmeleri konusunda oldukça önemli bir rol oynar. Aileler çocuklarıyla birlikte kumar oynama davranışı gösterdiklerinde, çocuklar için kumar oynamaya ilişkin ilk adım atılmış olur. Bazı ebeveynler, aile üyeleriyle birlikte kumar oynamanın bir aile aktivitesi olduğunu düşünür ve hatta çocukları için iddiaya girer. Ancak araştırmalara göre para

karşılığında kumar oynama davranışına erken çocukluk döneminde maruz kalan çocuklar, ileride kumar oynama davranışı geliştirebilirler (Daghestani ve ark., 1996).

1.9. Kumar ve Sosyal ve Toplumsal Özellikler

Son yıllarda gelişmekte olan ülkelerde kumar oynamanın yasallaştırılmasıyla birlikte kumar oynama davranışı gösteren kişilerin sayısında önemli düzeyde artış görülmektedir (Echeburúa ve ark., 2012). Sosyal ve toplumsal etkenlerin kumar oynama davranışı üzerindeki etkilerine bakıldığında, kişilerin bireysel özelliklerinin ve toplumdaki mikrososyal bileşenlerin, kumar oynama problemleri ile ilişkili bulunduğu görülmüştür. Özellikle durumsal ve çevresel bileşenler, kumar oynamaya başlama konusunda önemli bir etkindir. Kumar oynanan yer, bir bölgedeki kumar oynanan yerlerin sayısı ya da kişileri kumar oynamaya yöneltecek reklamlar ve ulaşılabilirlik gibi özellikler bu bileşenleri oluşturur (Meyer ve ark., 2009).

Cinsiyet, etnisite, sosyal sınıflar ve ekonomik durum, sosyal ve duygusal roller kişilerin yaşamlarında kumar oynama bakımından önemli roller oynayabilir. Devlet politikalarının da kumar oynama davranışının gelişimi üzerinde etkili olduğu görüşü, yapılan birçok araştırma sonucu desteklenmiştir. Örneğin Kuzey Amerika'da geçtiğimiz on yıllar içinde kumar oynama lehine yasaların, tutumların ve ekonomik gelişme politikalarının arttığı görülmüştür (Cavion ve ark., 2008). Bu değişikliklerin hem devlet hem de ticari çıkarları olan kişiler tarafından desteklenmesi, kumar oynamanın ekonomik anlamda faydalı bir eğlence aktivitesi olması yönünde yeniden kavramsallaştırılmasına ve dolayısıyla da kişilerin kumar oynama davranışlarında artışa neden olmuştur.

Toplum yaşamında kumar oynama davranışının, kumar oynama yasalarının serbestleşmesiyle giderek önem kazanması, 20.yüzyılın ikinci yarısına dayanır. Böylece kumar oynama eğlenmek için para ödenen aktivitelerden biri olarak görülmeye başlanmıştır. Evdeki kablolu televizyon ya da internet de kumar oynama da kurumsallaşmış bir eğlence türü olarak kabul edilmiştir. Kumar oynama kendi içinde barındırdığı yapısal ilişkilerden ayrı incelenemez. Uluslararası ve genel anlamdaki yapısının dışında, kişilerin sahip olduğu bireysel özellikler de kumar oynama davranışını oldukça etkiler. Buna ek olarak, yazılım ve pazarlama sektöründeki gelişmeler, kişilerin online kumar oynamaya ilişkin ilgilerini arttırmıştır;

hem mobil olarak hem de internet ortamında online kumar oynamaya ilişkin merak giderek artmaktadır (Blaszczynski ve ark., 2016).

Blaszczynski ve ark., tarafından 2016 yılında yayımlanan araştırmada katılımcılar online kumar oynama ve kumar oynanan yerlere gidip kumar oynama şekillerine göre değerlendirilmiştir. Araştırma sonucuna göre, hem online kumar oynama davranışı gösteren hem de kumar oynanan yere gidip kumar oynayan katılımcıların daha çok problemli kumar oynama davranışı sergiledikleri bulunmuştur.

Kumar oynama ve sosyoekonomik özellikler konusunda yapılan araştırmalar, düşük sosyoekonomik güce sahip kişilerin gelirlerinin büyük bir kısmını kumar oynamaya ayırdığını göstermiştir. Echeburúa ve ark., tarafından 2012’de yapılan bir araştırmaya göre patolojik kumar oynama davranışı gösteren kişilerin, daha çok düşük eğitim seviyesine sahip oldukları ve ailelerinde alkol kötüye kullanım hikayelerinin olduğu görülmüştür. Yine aynı araştırmanın sonucuna göre; düşük eğitim seviyesi, erkek olmak, dürtüsellığe ilişkin özellikler göstermek ve depresif belirtiler patolojik kumar oynama davranışı ile ilişkili bulunmuştur.

Başka bir araştırmada aile geliri 80,000 dolar olan kişilerin kumar oynamaya ayırdıkları pay %0.6 olarak saptanmışken; yıllık geliri 20,000 doların altında olan kişilerin ayırdıkları pay %2.3 olarak saptanmıştır yani neredeyse yüksek gelirli kişilerin ayırdığı payın dört katı fazlasını kumara ayırdıkları belirlenmiştir (Cavion ve ark., 2008). Düşük ekonomik gelire sahip olmanın yanı sıra, yalnız yaşayan ve işsiz olanların da kumar oynama davranışı gösterme konusunda risk grubunda olduğu bazı araştırmalarca desteklemiştir (Hendriks, ve ark., 1997). Buna ek olarak, kumar oynama problemi yaşayan kişilerin daha çok şehir dışında ya da kırsal kesimde yaşayanlar yerine büyük şehirlerde yaşayan ve yerleşim yeri konusunda sabit olmayan, sürekli yer değiştiren kişiler olduğu görülmüştür (Hraba & Lee, 1996; Hraba, Mok, and Huff, 1990). Anomi Teorisi’ne göre (Anomie Theory) düşük sosyoekonomik güce sahip kişiler, daha iyi yaşam koşullarına sahip olmak için kumar oynarlar (Merton, 1938).

1.10. Kumar ve Etnik Unsurlar

Etnik yapı ve göçmenlik konuları da kumar oynama davranışı üzerinde etkili olan değişkenler arasında yer almaktadır. Araştırmalar yerli toplumlarda yer alan gençlerde, patolojik kumar oynamanın daha fazla görüldüğü sonucuna erişmiştir

(Meyer ve ark., 2009). Kanada’da yaşayan azınlık ve göçmen popülasyonu arasında yapılan araştırmanın sonuçlarına göre, büyük toplumdan farklı bir grup olmak stres yaratmaktadır. Yeni bir kültüre uyum sağlamaya çalışmak, dil sorunları göçmenlerin yaşadığı temel stresli durumlar arasındadır. Kanada’da yaşayan etnik toplumlar ayrımcılık, kötü ev koşulları, düşük eğitim, fakirlik, işsizlik ve sosyal izolasyon gibi stres yaratan durumlarla karşı karşıya kalmaktadır. Bütün bu değişkenler ise kişilerde psikolojik ve duygusal problemlere neden olur, kumar oynama davranışı gösterme de bu problemler arasında yer alır (Cavion ve ark., 2008).

İngiltere’de 2007 yılında kumar oynama üzerine yapılan araştırmaya 9003 kişi katılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre popülasyonun %68’i kumar oynamaktadır ve en çok oynadıkları kumar türü ise sırasıyla loto (%58), kazı kazan kartları (%20), at yarışı (%17) ve makine oyunları (%14) olarak bulunmuştur. Genel popülasyonun %6’sı, araştırmanın yapıldığı yıldan önceki yıl içerisinde interneti kumar için kullanmıştır. Bu araştırma ayrıca erkeklerin (%71), kadınlara (%65) oranla daha fazla kumar oynadığını saptamıştır (Griffiths ve ark., 2010).

1.11. Psikopatoloji ve Kumar

Kumar oynama davranışının bazı ruh sağlığı problemleri ile birlikte görüldüğü araştırmalarca kanıtlanmıştır. Depresyon, yalnızlık ve sosyal izolasyon durumlarının özellikle kadınlar üzerinde kumar oynama motivasyonu olabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca birçok patolojik kumar oynama davranışı gösteren kişinin, kumar oynama esnasında disosiyasyon olduğu bulunmuştur (Ledgerwood & Petry, 2006). Depresyon ve anksiyeteden muzdarip kişilerin, acı dolu duygusal deneyimleriyle başa çıkabilmek adına kumar oynama davranışı geliştirdikleri bilinir (Getty ve ark., 2000). Duygusal incinebilirliği yüksek olan ve kumar oynayan kişilerin, acı veren duygusal deneyimlerinden kaçmak için kumar oynadıkları sonucuna ulaşılrken, antisosyal/dürtüsel kumar oynayan kişilerin dürtüsellik ve heyecan arama nedeniyle oynadıkları; davranışsal anlamda koşullanıp oynayan kişilerin ise davranışsal yükümlülüklerin getirdiği şiddetli psikolojik zorluklar yerine kumar aktivitesi sunmasından oynadıkları görülmüştür.

Sinclair ve ark., tarafından 2014 yılında Güney Afrika’da yapılan araştırmaya göre, patolojik kumar oynayan kişilerde sık görülen psikiyatrik bozukluğun %28 ile majör depresyon olduğu; anksiyete bozukluğunun %25.5 oranında ve madde

kullanımının %10.5 olduğu bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların hayat boyu majör depresyon tanısı alma oranlarının %46 olduğu; patolojik kumar oynama davranışı gösteren kadınlarda majör depresyon ya da genellenmiş anksiyete bozukluğu komorbidite görülme oranlarının erkek katılımcılara göre daha fazla olduğu sonucuna da ulaşılmıştır.

Kanada’da “Canadian Community Health Survey on Mental Health & Well-being” tarafından 2002 yılında yapılan araştırmaya göre 1.2 milyon yetişkin ya da her yirmi kişiden biri kumar oynama problemi geliştirmiştir. Bu bilgilerden yola çıkarak yapılan başka bir araştırmanın sonucunda ise kumar oynama problemi yaşayan kişilerin dörtte birinin hayatlarının bir noktasında majör klinik depresyon gösterdikleri, beşte birinin ise geçen yıl içinde intiharı düşündüğü bilgisine ulaşılmıştır. Kumar oynama problemleri olmayan kişilerle karşılaştırıldıklarında ise, alkol bağımlılık oranları %15; psikolojik sıkıntı gösterme oranları %29; kumar nedeniyle aile içi problem yaşama oranları %53 olarak bulunmuştur (Martin, 2004).

Parker ve ark., (2013) tarafından yapılan araştırma sonucunda, öğrenme bozukluğu görülen erkek öğrencilerde, ileride kumar oynama ile ilişkili problemler gösterme riskinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna benzer olarak, çocukluğunda kendilerini dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun hiperaktif dürtüsel yanlarıyla tanımlayan genç yetişkinlerin, kumar oynama bozukluğuna ilişkin semptomları daha fazla gösterdikleri belirtilmiştir (Clark ve ark., 2013). Patolojik anlamda bakıldığında depresif ve kaygılı olma özelliklerinin yine kumar oynama davranışı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Örneğin, ciddi kumar oynama problemleri olan ergenlerin, yüksek düzeyde durumsal ve davranışsal kaygı yaşadıkları bilinmektedir (Ste-Marie ve ark., 2006). Anksiyete bozukluklarının patolojik kumar oynayan kişilerde yaygın olarak görüldüğü yapılan araştırma sonucu desteklenmiştir. Bu bağlamda 1998 yılında Black ve Moyer’in yaptığı araştırmada, tedavi görmek isteyen kumar oynama davranışı gösteren kişilerin %40’ının anksiyete bozukluğu gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Benzer bir şekilde 2008 yılında Kerber ve ark., tarafından yapılan araştırmada patolojik kumar oynama davranışına ilişkin tedavi görmüş yaşlı kişilerin hayat boyu anksiyete bozukluğu gösterme oranları %47.5 olarak bulunmuştur. Başka bir araştırmada patolojik kumar oynama davranışı gösteren kişilerin hayat boyu anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk, basit fobi ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) göstermelerine ilişkin güncel oranlar incelendiğinde, tekrarlama sıklığının yüksek

oranda olduğu bilgisine ulaşılmıştır. Panik bozukluk görölme oranı %20; basit fobi görölme oranı %12.5; TSSB görölme oranı %12.5 olarak bulunmuştur. Ayrıca patolojik kumar oynayan kişilerin geçen yıl içinde en az bir anksiyete bozukluğu türü gösterme oranı %37.5 olarak kaydedilmiştir (Specker ve ark., 1996).

2003 yılında Wiebe ve ark., tarafından yapılan araştırmaya göre bir yıllık takip çalışmasında problemlili kumar oynama davranışı gösterme ve depresyon, psikolojik sıkıntı, yalnızlık, yaşam olayları ve sosyal destek ilişkisi incelenmiştir. Araştırma sonucunda kumar oynama davranışındaki artış ile psikolojik sıkıntı arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Ayrıca patolojik kumar oynama davranışı gösteren kişilerde, madde kullanım bozukluğu ve majör duygudurum (mood) bozuklukları görüldüğü belirtilmiştir.

Bland ve ark., tarafından 1993 yılında 7214 kişi üzerinde patolojik kumar oynama davranışı ve psikiyatrik bozuklukların komorbid görölmesi üzerine bir araştırma yürütölmüştür. Patolojik kumar oynama davranışı gösteren kişilerde, kumar oynamayan kişilere oranla psikiyatrik bozukluk görölme oranı 2.5 kat daha fazladır. Bu örneklemin %33'ünde duygudurum bozukluğu görölmüştür. Ayrıca bu araştırmanın sonucunda patolojik kumar oynayan kişilerin %26.7'sinin hayat boyu anksiyete bozukluğu gösterdikleri bulunmuştur. Patolojik kumar oynama davranışı gösteren kişilerin, madde kullanım oranı %63.3 olarak bulunurken bu oran kumar oynamayanlarda %19 olarak; obsesif-kompölsif bozukluk bazında değeriendirildiklerinde ise patolojik kumar oynayanlarda görölme oranı %16.7 olarak bulunmuştur.

Psikolojik hastalıklarla kumar oynama davranışının aynı zamanda görölmesi durumu incelendiğinde ilk olarak patolojik kumar oynama davranışı gösteren kişilerde yüksek düzeyde duygudurum bozuklukları özellikle de depresyon görölmektedir (Getty ve ark., 2000). Getty ve ark., tarafından 2000 yılında yapılan bir araştırma sonucunda depresif belirtileri olan kişilerde, adaptif olmayan başa çıkma becerilerinin kullanımının arttığı, adaptif başa çıkma becerilerinin kullanımının ise azaldığı görölmüştür, bu durumun ise kadınlarda kumar oynama davranışını arttırdığı belirtilmiştir.

Patolojik düzeyde kumar oynayan kişilerin, kumar sebebiyle hayatlarını zora soktukları için depresif hale geldikleri ya da depresif hallerini kendi kendilerine daha iyi hale getirmek için kumarı bir kendi kendini tedavi etme yöntemi olarak kullandıklarına ilişkin yapılan araştırmalara bakıldığında; kendi kendini tedavi etme

yöntemlerine ilişkin teoriler bunun olumsuz duygudurum halini rahatlatmak için kullanıldığını öne sürse de kumar oynama ya da kumarla ilişkili olarak madde kullanma davranışı yönünden bakıldığında aslında anhedonik durumla başa çıkmak ve hatta onu gidermek için kişiler tarafından bu davranışların gösterildiği söylenilebilir (Thomsen ve ark., 2009). Kendi kendini tedavi etme perspektifinden yapılan araştırmaların sonucunda patolojik kumar oynayan kişilerin büyük bir grubunun, problemlerinden kaçınmak ya da depresif belirtilerini geçici olarak hafifletmek için kumar oynadıkları bulunmuştur.

Aşırı kumar oynamak, kişilerin bireysel yaşamlarını ekonomik anlamda da etkiler. Kişiler, kumar yüzünden büyük borçlar altına girebilirler ve bu sebepten fakirlik yaşayabilirler ve iflas edebilirler. Kumar yüzünden oluşan borçlarını gidermek ya da kumar oynama davranışlarını devam ettirebilmek adına ihtiyaçları olan parayı bulabilmek için suç teşkil edecek davranışlarda bulunabilirler. Bu suç teşkil eden davranışlar hırsızlıktan hayat kadınlığına kadar geniş bir yelpazede yer alan davranışlardan olabilir. Kumar oynama yalnızca bu davranışı gösteren kişilerin hayatını etkilemez aynı zamanda onların hayatlarında yer alan kişilerin de hayatlarını olumsuz yönde etkiler; kişilerarası problemler, ailenin ihmal edilmesi, aile içi şiddet ve çocuk istismarı bu dönemde en sık karşılaşılan olumsuz durumlardandır (George & Murali, 2005). Patolojik kumar oynama davranışı gösteren kişilerin çocukları üzerinde yapılan araştırmanın sonuçları, bu çocuklarda davranışsal problemler, depresyon ve madde kötüye kullanımı gibi problemlerin görülme riskinin arttığını göstermiştir (Raylu & Oel, 2001).

Kumar oynayan kişilerin disforiye karşı bir başa çıkma mekanizması olarak kumar oynadıkları (McCormik & Taber, 1988); kumar oynayan kişilerde anksiyete bozukluklarının yaygın olarak görüldüğü; duygudurum bozukluklarına ek olarak histiriyonik, borderline ve narsistik ve özellikle de antisosyal kişilik bozukluklarının görüldüğü araştırmalar sonucu bilinmektedir (Cavion ve ark., 2008).

Kumar oynayan kişilerde iritabilite, aşırı ruh hali değişkenliği, kişisel ilişkilerde problemler, boşanma, işe devam edememe, aile ihmali ve iflas gibi sonuçlar görülmektedir. Kumar oynama davranışı, davranışsal ve psikolojik hastalıklarla da aynı zamanda görülebilir. Bu davranış hastalıkları arttırabilir ya da bu hastalıklar kumar oynama davranışını arttırabilir. Patolojik kumar oynama davranışı olan kişilerde, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, madde kötüye kullanımı ya da

bağımlılığı, antisosyal, narsisistik ya da borderline kişilik bozukluğu görülme oranları artar (Griffiths ve ark., 2010).

Bu hastalıkların yanı sıra, patolojik kumar oynama davranışı ve pek çok bağımlı davranış türü arasında genel bir ilişki vardır. Madde ve alkol kötüye kullanımı olan kişilerin kumar oynama oranları risk grubundadır ya da patolojik kumar oynama düzeylerindedir ve oranlar %13 ila %33 arasında değişkenlik göstermektedir. Bu oran genel popülasyona göre çok daha fazla yükseklik göstermektedir (Cavion ve ark., 2008).

1.12. Alkol-Madde Kullanımı ve Kumar

Yapılan araştırmalar kumar oynama davranışı ile alkol, nikotin ve/veya madde kullanımı arasında bir bağlantı olduğunu göstermiştir. Örneğin alkol, kumar oynamanın bir sonucu olarak ortaya çıkan depresyon ve/veya anksiyete ile başa çıkmak için bir yol olarak kullanılabilir ya da tam tersi alkol, kumar oynama dürtüsünü tetikleyebilir (Griffiths ve ark., 2002). 2005 yılında yapılan bir araştırmaya göre patolojik düzeyde kumar oynayan kişilerin %60'ı nikotin bağımlısı; %73'ü alkol kullanım bozukluğu ve %38'i madde kullanım bozukluğu göstermiştir (Petry, 2005).

Cunningham-Williams ve ark., tarafından 2000 yılında yapılan bir araştırmaya klinik popülasyon ve genel toplum örnekleminde oluşan 990 kişi katılmıştır. Araştırmanın sonucunda elde edilen bilgiler şu doğrultudadır; örneklemin %87'sinde başta sigara olmak üzere çoklu madde kullanımı; %73'ünde nikotin bağımlılığı; %93'ünün alkol tüketiminde bulunduğu ve %69'unun alkol kullanım bozukluğu gösterdiği görülmüştür. Ayrıca patolojik kumar oynayanların alkol kullanım oranı %69 ve eğlencesine kumar oynayanların alkol kullanım oranı %63 olarak bulunmuştur. 1999 yılında National Opinion Research Center (NORC) adlı merkez tarafından Şikago'da yapılan araştırma sonucunda patolojik kumar oynama davranışı gösteren kişilerin alkol kullanım oranı, kumar oynamayan ya da düşük risk grubunda yer alan kişilere göre yedi kat daha fazla olduğu bulunmuştur.

Birçok araştırma alkol kullanımının, kumar oynayan kişilerin dürtüselliği, agresif ve riskli davranışları üzerinde etkisi olduğunu göstermiştir. Bunun yanı sıra, alkol kullanımı ve ekonomik problemlerin ve kumar oynama süresinin pozitif yönde ilişkili olduğu (Baron & Dickerson, 1999) da görülmüştür. Ayrıca, alkollü kişilerin kumar oynarken daha fazla risk aldığı ve daha olumsuz sonuçlarla karşılaştığı da yine

yapılan araştırmalarca desteklenmiştir (Cronce & Corbin, 2010). Alkol kullanım bozukluğının kumarla ilişkili olması gibi klinik depresyon, anksiyete, intihar riski ve genel duygudurum bozukluklarıyla da ilişkili olduğuna araştırmalar sonucunda ulaşılmıştır.

Welte ve ark., (2004) yaptıkları araştırma sonucu kişilerin güncel alkol bağımlılık oranları ile güncel patolojik kumar oynama davranışı gösterme oranları arasında güçlü bir ilişki bulmuştur.

Psikiyatrik bozukluklarla komorbitleri olan kişilerin problemlerini sürdüren, geliştiren ve şiddetlendiren işlevsiz düşünceleri olduğunu gösteren birçok araştırma mevcuttur. Özellikle Bilişsel Davranışçı yaklaşımın bakış açısına göre, irrasyonel inançlar pek çok psikiyatrik bozukluğun nedeni ve sürdürücü faktörüdür (Beck & Emery, 1985). Yapılan araştırmalar sonucunda özellikle borderline kişilik bozukluğu görülen kişilerde, işlevsel olmayan düşüncelerin görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır. Bu bağlamda Abdollahnejad'ın (2013) yaptığı araştırma sonucu, genel adaptif ya da işlevsel olmayan inançların yaygın olarak borderline kişilik bozukluğu gösteren kişilerin, kumar oynamaya ilişkin inançları üzerinde etkili olabileceği; borderline kişilik bozukluğu ve kumar oynamayla ilişkili doğru olmayan bilişlerin arasında bir bağ olabileceği bilgisine ulaşılmıştır. Başka bir araştırmada, özellikle travma, istismar ya da aile içindeki işlevsel olmayan tutumlar nedeniyle yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon gösteren kişilerin, tolere etmekte güçlük çektikleri duygudurumlarını düzenlemek ya da içinde bulundukları duygudurumdan kaçınmak için kumar bağımlılığı geliştirebilecekleri sonucuna ulaşılmıştır (McCormick ve ark., 2012).

Başka bir araştırmada patolojik kumar oynama davranışı gösteren kişilerde hayat boyu duygudurum bozukluğunun komorbit olarak grlme oranı %55.6 olarak bulunmuştur (Kesler ve ark., 2008).

Buna ek olarak, disforik ruh hali ve depresyon, intihar düşünceleri ve intihar teşebbüsleri kumar oynama davranışı gösteren kişilerde görülen özelliklerdir. Duygudurum bozuklukları ile yüksek intihar riski çoğunlukla bağlantılıdır (Meyer ve ark., 2009). İntihara meyilli kumar oynayan kişilerin, intihara meyilli olmayanlara göre daha fazla kumara ilişkin problemler gösterdiği araştırmalar sonucu elde edilen bilgiler arasındadır (Frank ve ark.,1991). Kumar oynama davranışının aile içi şiddet yaşanmasına neden olduğuna ilişkin bulgular da vardır. Bir araştırmada kumar oynayan kişilerin eşlerinin %29'u, kocalarının fiziksel istismarda bulunduklarını

belirtmiştir (Lesieur & Rosenthal, 1991). Ayrıca bazı kadınların aile içi şiddetten kaçmak için kumar oynayabilecekleri de belirtilmiştir (Cavion ve ark., 2008).

1.13. Kumar, Madde Kullanımı ve İntihar

Patolojik kumar oynama davranışı intihar, intihar düşünceleri ve intihar girişimleri ile ilişkilidir. Ekonomik güçlükler ve depresyon özelinde değerlendirildiğinde birçok risk barındırır. Patolojik düzeyde kumar oynayan ve aynı zamanda madde kullanım bozukluğu olan bir kişi, intihara teşebbüs etme riski bakımından yüksek düzeyli risk grubunda bulunabilir. Bu konuya ilişkin yapılan bazı araştırmalara göre kişilerin patolojik kumar oynama ve intihara teşebbüs etme ve patolojik kumar oynama ve intiharı düşünme arasındaki ayrımı madde kullanımı yapmaktadır. Patolojik kumar oynama davranışı gösteren bazı kişilerin intiharı kaza gibi gösterebileceklerini; böylece ailelerinin kişinin kumar yüzünden oluşan borçlarını sigortadan alabilecekleri para ile ödeyebileceklerini düşündükleri yapılan araştırmalar sonucu ortaya çıkmıştır (Hodgins ve ark., 2006).

1.14. Yapılan Diğer Çalışmalar

Newman ve Thompson (2003), 7214 kişi üzerinde rasgele telefon görüşmeleriyle bir anket yapmıştır. Bu anket çalışmasında kişilerin psikiyatrik bozukluk ve intihar girişimleri araştırılmıştır. Araştırma sonucuna göre patolojik kumar oynama davranışı gösteren 30 kişinin, kumar oynama davranışı göstermeyen kişilere göre dört kez daha fazla intihar teşebbüsünde bulunduklarını bulmuşlardır.

Kumar oynama ve diğer davranışlarla ilgili yine telefonla yapılan bir ankete katılan 3000 kişiden fazla yetişkin üzerindeki araştırma sonuçlarına göre, patolojik kumar oynama riski bulunan kişilerin kumar oynamayan ya da risk grubunda bulunmayan kişilere göre nadiren içki içme düzeyinden günlük içme düzeyine kadar yer alan her düzeyde daha fazla alkol tükettiği bilgisine ulaşılmıştır. Bu durum tütün kullanımı için de geçerlidir. Bu sonuçlardan yola çıkarak, alkol ve sigara kullanımının patolojik kumar oynama riski taşıyan kişilerde ortak görülen davranışlar olduğu belirtilmiştir (Momper ve ark., 2010).

Kumar oynama davranışının başka problemli davranışlar ile birlikte görülebildiği gözlemlenmiştir. Bu davranışlar sigara, alkol ve yasal olmayan

maddelerin kullanımı gibi bağımlılık davranışlarını kapsar. Bu davranışların yanı sıra araçlarda yüksek hız yapma, riskli cinsel birliktelikler, video oyunu ya da bilgisayar oyunu oynama gibi başka davranışlar ile de ilintili olduğu görülmüştür. Bu nedenle kumar oynama davranışı ile ilintili problemler, genel anlamda riskli davranışlar göstermenin bir parçası olarak görülebilir (Meyer ve ark., 2009).

Kumar oynama davranışını araştıran başka bir çalışma da Vietnam gazileri üzerinde yapılmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre hayat boyu patolojik kumar oynama davranışı gösterme ve problemli kumar oynama davranışının görülme oranı Amerikan popülasyonu ile kıyaslandığında, gazilerin kumar oynama riskinin popülasyona benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Edens ve ark., 2012).

1.15. Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri

Yukarıda bahsedilen konular ve araştırmalardan yola çıkarak kumar oynama davranışının kişilerin tüm hayatını çok boyutlu olarak etkilediği söylenebilir. Kumar oynamaya etken olabilecek pek çok motivasyonel sebebin yanı sıra, kumar oynama davranışının öğrenilen bir davranış da olabileceği; özellikle ailede kumar oynama davranışı görülmesinin ve kişilerin erken yaşta buna maruz kalmasının, kumara başlama yaşında veya ileride kumar oynama davranışı gösterme ve kumar oynama davranışına ilişkin problemler yaşama durumunda etkili olduğu; kumar oynama davranışına birçok psikiyatrik bozukluğun eşlik edebileceği ve aynı zamanda psikiyatrik bozukluklar sebebiyle de kişilerin kumar oynama davranışı gösterebileceği, depresyon, anksiyete ve kişilik bozukluklarının en çok eşlik eden psikiyatrik bozukluklar arasında olduğu; toplumların ve devlet politikalarının da kumar oynama davranışının görülmesi üzerinde bir etken olabileceği, kumar oynamanın yasallaştırılmasıyla ve devletler tarafından bir gelir kaynağı olarak görülmesiyle kumar oynama davranışının daha da yaygınlaştığı; erkekler ve kadınlar arasında farklılıklar görüldüğü özellikle erkeklerde ergenlik dönemlerinde başladığı, kadın ve erkeklerin bu davranışı gösterme motivasyonları arasında da farklılıklar görüldüğü; kadınların daha çok günlük yaşamdaki sıkıntılardan kaçınmak için oynadıkları ve daha yasal olan kumar türlerini tercih ettiklerini, erkeklerinse daha çok kazanma motivasyonu ile yola çıktığı; kumar oynama davranışına başka riskli davranışların da eşlik edebileceği; kumar oynayan kişilerde alkol ve madde kullanımının yoğun olduğu, özellikle de sigara kullanımının görüldüğü; kumar

oynamaya ilişkin bilişlerin de kumar oynama davranışı göstermede etkili olduğu, kumar oynayarak kaybedilenlerin geri kazanılabileceği düşüncesinin de bir motivasyon kaynağı olabileceği özetlenmiştir.

Yalnızca kumar oynayan kişilerin hayatları değil aynı zamanda ailelerinin de hayatlarının etkilendiği görülmüştür. Kumar oynayan kişinin ekonomik yaşamı da etkilendiği için ekonomik kayıpları çoğu zaman ailelerini de zor duruma sokmaktadır. Kumar oynayan ebeveynlere sahip çocukların da bu davranışı gösterdiği ya da ihmal edilmek gibi başka durumlardan ötürü psikiyatrik bozukluklar geliştirebileceği, kumar oynayan kişinin yaşadığı ve ailesine yaşattığı sıkıntılar nedeniyle sonucunun intihara varabileceği ve bu popülasyonda intihar riskinin yüksek olduğu yine yukarıdaki araştırmalardan derlenen bilgiler arasında yer alır.

Bu araştırma kumar oynama, patolojik kumar oynama davranışı ve psikopatoloji ve alkol-madde kullanımı ile ilgili yapılan araştırmalar ve sonuçlarından yola çıkarak tasarlanmıştır. 16-70 yaş aralığında yer alan Türk insanları arasında yapılan bu araştırmanın hipotezi ve alt hipotezleri aşağıdaki gibidir:

Hipotez: Kişilerin psikopatolojileri ile kumar oynama davranışları ve alkol-madde kullanımları arasında pozitif bir ilişki vardır. Psikopatolojik bulgular arttıkça, kişilerin kumar oynama davranışı gösterme ve alkol-madde kullanım oranları da artar.

I. Alt hipotez: Kişilerin psikopatolojileri ile kumar oynama davranışları arasında pozitif bir ilişki vardır ancak bu ilişki ile alkol-madde kullanımı arasında negatif bir ilişki vardır.

II. Alt hipotez: Kişilerin psikopatolojileri ile kumar oynama davranışları ve alkol-madde kullanımı arasında bir ilişki yoktur.

Bu hipotezleri test etmek üzere aşağıdaki araştırma deseni oluşturulmuştur.

BÖLÜM 2

YÖNTEM

2.1. Katılımcılar ve İşlem

Araştırmada psikopatoloji, kumar oynama davranışı ve alkol-madde kötüye kullanımının incelenmesi için dört adet ölçek kullanılmıştır. Katılımcıların demografik bilgilerinin edinilmesi adına sosyodemografik bilgi formu verilmiştir. Ayrıca katılımcıların araştırmaya gönüllü katılıyor olduklarını beyan etmeleri açısından bilgilendirilmiş gönüllü olur formu da katılımcılara araştırmaya katılmalarından hemen önce imzalatılmıştır.

Kişilerin psikopatolojilerinin ölçülmesi adına Semptom Değerlendirme Ölçeği (SA-45); kumar oynama davranışının belirlenmesi adına South Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT); alkol kullanım düzeylerinin ölçülmesi adına Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi (AUDIT); madde kullanım düzeylerinin ölçülmesi adına Madde Kullanım Bozukluğu Tarama Testi (DUDIT) kullanılmıştır.

Ölçekler katılımcılara online ve basılı olmak üzere iki türlü verilmiştir. Online olarak verilen ölçeklerde, öncelikle araştırmanın amacını anlatan bilgilendirilmiş gönüllü olur formu verilmiştir. Katılımcılar bu formu okuyup onaylamak için gereken yere tıklamadan araştırmaya katılamamışlardır, böylece katılımcıların onayı alınmıştır. Toplamda 16-70 yaş arası 300 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırma sonucunda toplamda 347 kişiye ulaşılmıştır. Bu kişilerin %54.5'i (n=189) online olarak, %45.5'i (n=158) elden basılı formları doldurarak araştırmaya katılmışlardır. Katılımcıların %68,3'ü (237) kadın ve %31,7 (110) erkektir. Online formlar, sosyal medya ve e-mail gruplarında paylaşılmıştır ve katılımcılara bu yolla ulaşılmıştır.

Basılı olarak verilen formlar ise üniversiteler, iş ortamları ve sosyal çevrelerde (kafe gibi) gönüllü olmayı kabul eden kişilere uygulanmıştır. “İddaa”, ganyan bayileri gibi şans oyunu oynanan yerlerde de veri toplanması hedeflenmiştir. Ancak bu gibi yerlerde bulunan kişilerin araştırmaya katılmaya gönüllü olmamaları sebebiyle buralardan veri toplanamamıştır.

2.2. Uygulanan Formlar ve Ölçekler

2.2.1. Basılı Formlar için oluşturulan Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan katılımcıların sosyodemografik bilgilerine dair soruları içeren bilgi formudur.

2.2.2. Online Formlar için oluşturulan Sosyodemografik Bilgi Formu

Sosyodemografik bilgilere ek olarak online formları gerçek bir kişinin cevaplıyor olduğundan emin olmak adına bir tuzak soru konulmuştur.

2.2.3. Semptom Değerlendirme Ölçeği (SA-45)

Semptom Değerlendirme Ölçeği (SA-45) psikiyatrik semptomatolojiyi detaylı olarak değerlendirmek için geliştirilmiş 45 soru ve 9 alt ölçeği bulunan bir ölçektir. Aslı SCL-90 (Symptom Check List) olan testin Türkçe uyarlaması ve standardizasyon çalışmaları Epözdemir tarafından 2009 yılında yapılmıştır (Epözdemir, 2009). Normal popülasyon için test-tekrar test korelasyonu .67 ile .92, iç tutarlılık katsayısı .58 ile .83 arasında bulunmuştur. SA-45 kişinin kendisinin yanıtlayacağı bir değerlendirme testi olup, kişiden semptomlarının tekrarlama sıklığını (1 “hiç” ve 5 “aşırı” olmak üzere) 5 puan üzerinden değerlendirmesi istenir. Anksiyete, depresyon, düşmanlık, kişilerarası duyarlılık, obsesif-kompulsif, paranoid düşünme, fobik kaygı, psikotizm ve somatizasyon konu başlıkları alt ölçekleri oluşturur. Ayrıca kişilerin psikopatolojik semptomlarla ilgili yanıtları işaretlemelerine ilişkin pozitif semptom toplamı ve semptomların şiddetine ilişkin global şiddet indeksi olarak 2 indeksi bulunmaktadır (Multi-Health Systems Inc & Strategic Advantage, Inc, 1998).

2.2.4. South Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT)

South Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT), patolojik kumarbazların belirlenmesinde yaygın olarak kullanılan ölçeklerden biridir. Lesieur ve Blume tarafından 1987’de geliştirilen SOKTT Ölçeği’nin Türkçe geçerlik ve güvenirliğine dair iki çalışma yapılmıştır. Son çalışma 2000 yılında Duvarcı ve Varan tarafından yapılmış olup, ölçeğin son hali bu çalışmada oluşturulmuştur. Buna göre ölçeğin iç tutarlılık katsayısı Cronbach alfa=.8772 ve test-tekrar test korelasyonu $r=.95$ olarak bulunmuştur ve Türkiye’de patolojik kumarbazların belirlenmesi konusunda kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olarak literatüre geçmiştir (Duvarcı & Varan, 2001).

2.2.5. Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi (AUDIT)

Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi (AUDIT), kişilerin alkol kullanım bozukluklarını ölçümlemek için kullanılan 10 soruluk bir testtir. İlk üç soru tehlikeli alkol kullanımına yönelik bilgileri; 4., 5. ve 6. soru bağımlılığa dair belirtileri ve son dört soru zararlı alkol kullanımına ilişkin bilgileri tarar. Orijinali Saunders ve ark., (1993) tarafından geliştirilen ölçeğin geçerlik ve güvenirliği 2002 yılında Saatçioğlu, Evren ve Çakmak tarafından yapılan AUDIT’in toplam puanı 40 olup kesme noktası 8 puan olarak belirlenmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığına ilişkin iki farklı görüşmeci için .59 ve .65; test tekrar-test güvenirliği .90 olarak bulunmuştur (Çakmak & Ayvasık, 2007).

2.2.6. Madde Kullanım Bozukluklarını Tarama Testi (DUDIT)

Madde Kullanım Bozukluklarını Tarama Testi (DUDIT) de kişilerin madde kullanım problemlerini taramak için Berman ve ark., tarafından 2004 yılında geliştirilmiş 11 soruluk bir testtir. İlk dokuz soru 0 ile 4 puan arasında değerlendirilip 5’li ölçek; son iki soru 0, 2 ve 4 ile puanlandırılan 3’lü ölçekten oluşturulmuştur. Testten alınan puanlar 0 ile 44 arasında değişkenlik gösterirken, puan ne kadar yüksekse o kadar ciddi probleme işaret etmektedir. Türkçe çevirisi 2012 yılında Evren tarafından yapılmış olan DUDIT’in Türkçe Cronbach’s alfa sayısı .93 olarak bulunmuştur (Evren ve ark., 2014).

2. 3. Veri Analizi ve Değerlendirmesi

Araştırmaya gönüllü olarak katılan katılımcılardan elde edilen veriler SPSS 15.0 versiyonu kullanılarak analiz edilmiştir. Betimsel istatistik, korelasyon bağımsız grup t testi ve regresyon analizleri uygulanmıştır. Araştırma hipotezini test etmek için kişilerin psikopatolojik bulguları, kumar oynama davranışı, alkol kötüye kullanımı ve madde kötüye kullanımı arasındaki ilişki korelasyon analizi kullanılmıştır. Çıkan ilişkinin istatistiki olarak anlamlı olup olmadığı t-testi aracılığıyla; bu değişkenlerin birbirlerini yordayıp yordamadığı regresyon analizi aracılığıyla test edilmiştir.



BÖLÜM 3

BULGULAR

Tablo 3. 1. Sosyodemografik Bilgiler

<i>Grup</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Elden	158	45.5
Online	189	54.5
Toplam	347	100
<i>Cinsiyet Dağılımı</i>		
Kadın	237	68.3
Erkek	110	31.7
Toplam	347	100
<i>Medeni Durum</i>		
Bekar	188	54.2
İlişkisi var	88	25.4
Evli	63	18.2
Boşanmış	8	2.3
Toplam	347	100
<i>Eğitim Durumu</i>		
İlkokul	6	1.7
Ortaokul	2	.6
Lise	155	44.7
Üniversite	131	37.8
Yüksek	53	15.3
Lisans/doktora		
Toplam	347	100

Katılımcıların katılım türleri, cinsiyetleri, medeni ve eğitim durumlarına ilişkin dağılımlar Tablo 3.1’de verilmiştir.

Tablo 3. 2. Katılımcıların Yaşına İlişkin Betimsel İstatistik Sonuçları

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama (M)	Standart Sapma (SD)
Yaş	339	17	67	27.0265	8.32384

Araştırmaya katılan katılımcıların yaşlarına ilişkin bilgiler Tablo 3.2’tedir.

Tablo 3.3. Şans Oyunları/ Kumar Oynama Oranları

	f	%
Evet	124	35.7
Hayır	223	64.3
Total	347	100

Araştırmaya katılan katılımcıların demografik bilgi formunda yer alan “şans oyunları/kumar oynar mısınız?” sorusuna verdikleri yanıtlara ilişkin oranlar Tablo 3.3’te verilmiştir.

Tablo 3.4. Katılımcıların Psikopatolojik Bulgularına İlişkin Betimsel İstatistik Sonuçları

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama (M)	Standart Sapma (SD)
Anksiyete	347	5	23	8.9683	3.84777
Depresyon	347	5	25	11.2536	4.29197
Düşmanlık	347	5	25	8.6110	3.84169
Kişilerarası duyarlılık	347	5	23	9.3084	3.73238
Obsesif Kompulsif	347	5	22	11.4669	3.87461
Paranoid Düşünme	347	5	21	10.3516	3.47373
Fobik Anksiyete	347	5	22	7.5764	3.23846
Psikotizm	347	5	16	7.0778	2.45591
Somatizasyon	347	5	25	9.1124	4.07254
Pozitif Semptom	347	.00	45	22.5879	10.42092
Toplamı	347				
Global Şiddet İndeksi	347	45	181	83.7262	25.78597
Valid N (listwise)	347				

Tablo 3.4, SA-45 Ölçek sonuçlarına göre katılımcıların psikopatolojik bulgularına ilişkin betimsel istatistik bilgilerini sunmaktadır. SA-45 Ölçeğinin Türkçe versiyonunda klinik olmayan popülasyonun Anksiyete alt ölçeğinin ortalaması $M=8.36$ olarak bulunmuştur. Bu örnekleme toplam grup için bu değer $M=8.96$ olarak bulunmuştur. Depresyon alt ölçeğinin ortalaması $M=9.68$ iken, bu örnekleme $M=11.25$ olarak; düşmanlık alt ölçeğinin ortalaması $M=8.02$ iken, bu örnekleme $M=8.06$ olarak; Kişilerarası duyarlılık alt ölçeğinin $M=8.46$ olarak bulunmuşken $M=9.30$ olarak; Obsesif kompulsif semptomlar alt ölçeğinin ortalaması $M=10.01$ iken, $M=11.46$ olarak; Paranoid düşünme alt ölçeği $M=9.61$ iken, $M=10.03$ olarak; Fobik anksiyete ortalaması $M=6.35$ iken, $M=7.57$ olarak; psikotizm ortalaması $M=7.28$ iken $M=7.07$ olarak; Pozitif semptomların (bir kişinin bütün semptomlar için “hiç” dışında verdiği yanıtların toplamı) toplamalarının ortalaması $M=19.45$ iken, $M=22.58$ olarak ve global şiddet indeksi $M=76.21$ iken, $M=83.72$ olarak bulunmuştur.

Tablo 3.5. Grup Faktörüne İlişkin Bağımsız Grup T-Test Sonuçları

	Grup	N	Ortalama (M)	Standart sapma (SD)	Ortalamanın standart hatası	t	Serbestlik derecesi (df)	p
Anksiyete	Elden	158	9.1709	3.70779	.29498	.896	345	.371
	Online	189	8.7989	3.96283	.28825			
Depresyon	Elden	158	11.1899	4.40635	.35055	-.253	345	.801
	Online	189	11.3069	4.20499	.30587			
Düşmanlık	Elden	158	9.1899	3.76229	.29931	2.588	345	.010*
	Online	189	8.1270	3.85022	.28006			
Kişilerarası duyarlılık	Elden	158	9.6772	3.85116	.30638	1.688	345	.092
	Online	189	9.0000	3.61145	.26269			
Obsesif kompulsif	Elden	158	12.4114	4.03982	.32139	4.253	345	.000***
	Online	189	10.6772	3.55303	.25844			
Paranoid düşünme	Elden	158	11.0253	3.38590	.26937	3.352	345	.001**
	Online	189	9.7884	3.45452	.25128			
Fobik anksiyete	Elden	158	7.8354	3.27480	.26053	1.364	345	.173
	Online	189	7.3598	3.20034	.23279			
Psikotizm	Elden	158	7.4747	2.51543	.20012	2.779	345	.006**
	Online	189	6.7460	2.36082	.17172			
Somatizasyon	Elden	158	9.6772	4.57391	.36388	2.378	345	.018*
	Online	189	8.6402	3.54420	.25780			
Pozitif semptom toplamı	Elden	158	21.1772	10.65888	.84797	-2.320	345	.021*
	Online	189	23.7672	10.09523	.73432			
Global şiddet indeksi	Elden	158	87.6519	26.28747	2.09132	2.615	345	.009**
	Online	189	80.4444	24.95727	1.81537			

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Tablo 3.5’te araştırmaya elden ve online formları doldurarak katılan kişilere göre SA-45 Ölçeğinin alt ölçekleri için uygulanan Bağımsız Grup T-Testine ilişkin sonuçlar yer almaktadır. Buna göre alt ölçeklerden düşmanlık ($t(345)=.010$, $p<.01$), obsesif kompulsif düşünme semptomları ($t(345)=.000$, $p<.001$), paranoid düşünme ($t(345)=.001$, $p<.01$), psikotizm ($t(345)=.006$, $p<.01$), somatizasyon ($t(345)=.018$, $p<.01$) ve pozitif semptomların toplamı ($t(345)=.021$, $p<.05$) ve global şiddet indeksi ($t(345)=.009$, $p<.01$) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur.

Tablo 3.6. Psikopatoloji ve Cinsiyet Bağımsız Grup T-Test Sonuçları

	Cinsiyet	N	Ortalama (M)	Standart Sapma (SD)	Ort. St. Hatası	t	Serbestlik derecesi (df)	p
Anksiyete	Kadın	237	9.1477	4.13226	.26842	1.258	344	.209
	Erkek	109	8.5872	3.14528	.30126			
Depresyon	Kadın	237	11.2911	4.29767	.27916	.365	344	.715
	Erkek	109	11.1101	4.26732	.40873			
Düşmanlık	Kadın	237	8.2574	3.78517	.24587	-2.620	344	.009**
	Erkek	109	9.4128	3.86391	.37010			
Kişilerarası duyarlılık	Kadın	237	9.3165	3.89223	.25283	.138	344	.891
	Erkek	109	9.2569	3.37585	.32335			
Obsesif kompulsif	Kadın	237	11.3755	3.96680	.25767	-.614	344	.540
	Erkek	109	11.6514	3.69278	.35370			
Paranoid düşünme	Kadın	237	10.0211	3.43887	.22338	-2.685	344	.008**
	Erkek	109	11.0917	3.46020	.33143			
Fobik anksiyete	Kadın	237	7.8734	3.51160	.22810	2.518	344	.012*
	Erkek	109	6.9358	2.45808	.23544			
Psikotizm	Kadın	237	6.9325	2.49824	.16228	-1.627	344	.105
	Erkek	109	7.3945	2.35316	.22539			
Somatizasyon	Kadın	237	9.1266	4.12115	.26770	.016	344	.988
	Erkek	109	9.1193	3.98312	.38151			
Pozitif semptom toplamı	Kadın	237	22.9030	10.65140	.69188	.846	344	.398
	Erkek	109	21.8807	9.96078	.95407			
Global şiddet indeksi	Kadın	237	83.3418	26.98802	1.75306	-.407	344	.684
	Erkek	109	84.5596	23.18582	2.22080			

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

Cinsiyet faktörüne göre SA-45 alt ölçekleri için yapılan Bağımsız Grup T-testi Tablo 3.6’da sunulmuştur. Buna göre istatistiksel açıdan en az $p<.05$ düzeyinde olmak üzere düşmanlık, paranoid düşünme ve fobik anksiyete alt ölçeklerinde anlamlı farklılıklar olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu 3 alt ölçeğin dışındaki alt ölçeklerde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Örneklem grubundaki erkeklerin düşmanlık özellikleri ortalaması ($M=9.41$, $SD=3.86$) kadınlarınkinden ($M=8.25$, $SD=3.78$); örneklem grubundaki erkeklerin paranoid düşünme özellikleri ortalaması ($M=11.09$, $SD=3.46$) kadınların ortalamasından ($M=10.02$, $SD=3.43$); örneklem grubundaki kadınların fobik anksiyete özellikleri ortalaması ($M=7.87$, $SD=3.51$), erkeklerin ortalamasından ($M=6.93$, $SD=2.45$) anlamlı derecede daha yüksektir.

Tablo 3.7. Psikopatoloji ve Medeni Durum Betimsel İstatistik Sonuçları

		N	Ortalama (M)	Standart sapma	Standart hata
Anksiyete	Bekar	188	9.1223	4.05457	.29571
	İlişkisi var	88	9.4091	3.63772	.38778
	Evli	63	7.8254	2.90461	.36595
	Total	339	8.9558	3.78893	.20579
Depresyon	Bekar	188	11.6809	4.58832	.33464
	İlişkisi var	88	11.2500	4.02364	.42892
	Evli	63	9.7302	3.08590	.38879
	Total	339	11.2065	4.25363	.23103
Düşmanlık	Bekar	188	8.9734	4.12950	.30117
	İlişkisi var	88	8.8750	3.87391	.41296
	Evli	63	7.2698	2.51580	.31696
	Total	339	8.6313	3.85802	.20954
Kişilerarası ilişkiler	Bekar	188	9.7074	3.97782	.29011
	İlişkisi var	88	9.5909	3.65349	.38946
	Evli	63	7.7460	2.74725	.34612
	Total	339	9.3127	3.76014	.20422
Obsesif kompulsif	Bekar	188	11.9096	3.74699	.27328
	İlişkisi var	88	12.5909	4.12627	.43986
	Evli	63	8.9206	2.60460	.32815
	Total	339	11.5310	3.87773	.21061
Paranoid Düşünme	Bekar	188	10.6117	3.60084	.26262
	İlişkisi var	88	10.7727	3.32779	.35474
	Evli	63	8.9841	3.03470	.38234
	Total	339	10.3510	3.48506	.18928
Fobik Anksiyete	Bekar	188	7.7447	3.38899	.24717
	İlişkisi var	88	8	3.29402	.35114
	Evli	63	6.4762	2.23504	.28159
	Total	339	7.5752	3.21739	.17474
Psikotizm	Bekar	188	7.4468	2.62288	.19129
	İlişkisi var	88	7.0795	2.34016	.24946
	Evli	63	6	1.48106	.18660
	Total	339	7.0826	2.43111	.13204
Somatizasyon	Bekar	188	9.1489	4.06224	.29627
	İlişkisi var	88	9.6591	4.46413	.47588
	Evli	63	8.3175	3.22703	.40657
	Total	339	9.1268	4.04543	.21972
Pozitif semptom toplamı	Bekar	188	21.5851	10.83558	.79027
	İlişkisi var	88	21.0682	9.71288	1.03540
	Evli	63	27.3333	9.00537	1.13457
	Total	339	22.5192	10.46276	.56826
Global şiddet indeksi	Bekar	188	86.3457	27.13213	1.97881
	İlişkisi var	88	87.2273	24.91905	2.65638
	Evli	63	71.2698	17.64361	2.22289
	Total	339	83.7729	25.69320	1.39546

Medeni değişkeninde boşanmış olanlar 8 kişi olduğu ve ANOVA işlemine dahil edilmesi durumunda parametrik olmayan testlerle işleminden geçeceği için bu

araştırmadaki ANOVA işlemine dahil edilmemiştir. 8 kişinin değeri çıkartılarak yeniden ANOVA yapılmıştır. Tablo 3.7’de SA-45 Ölçeği sonuçlarına göre psikopatoloji ve medeni durum betimsel istatistiğine ilişkin bulgular verilmiştir.

Tablo 3.8. Psikopatoloji Değişkeni için Varyansların Homojenliği Testi

	Levene Testi	Serbestlik derecesi 1	Serbestlik derecesi 2	p
Anksiyete	5.198	2	336	.006**
Depresyon	6.557	2	336	.002**
Düşmanlık	9.296	2	336	.000***
Kişiler arası duyarlılık	5.283	2	336	.006**
Obsesif kompulsif	7.086	2	336	.001***
Paranoid Düşünme	1.342	2	336	.263
Fobik	3.926	2	336	.021*
Anksiyete	10.755	2	336	.000***
Psikotizm	4.654	2	336	.010*
Somatizasyon	1.982	2	336	.139
Pozitif				
Semptom toplamı	6.329	2	336	.002**
Global Şiddet İndeksi				

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

ANOVA işlemlerinde SA-45 alt ölçek puan varyanslarının eşitliği için yapılan Levene testi sonuçları Tablo 3.8’de sunulmuştur. Paranoid düşünme ve pst puan varyansları homojenken ($p>.05$), diğer alt ölçekler heterojen (en az $p<.05$) dağılım ortaya koymuştur.

Tablo 3.9. Psikopatoloji ve Medeni Durum Değişkeni ANOVA Sonuçları

		Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Ortalamanın karesi	F	p
Anksiyete	Gruplar arası	103.798	2	51.899	3.672	.026*
	Grup içi	4748.538	336	14.133		
	Toplam	4852.336	338			
Depresyon	Gruplar arası	179.782	2	89.891	5.088	.007**
	Grup içi	5935.764	336	17.666		
	Toplam	6115.546	338			
Düşmanlık	Gruplar arası	144.004	2	72.002	4.951	.008**
	Grup içi	4886.905	336	14.544		
	Toplam	5030.909	338			
Kişiler arası duyarlılık	Gruplar arası	190.737	2	95.368	6.984	.001***
	Grup içi	4588.119	336	13.655		
	Toplam	4778.855	338			
Obsesif kompulsif	Gruplar arası	555.086	2	277.543	20.598	.000***
	Grup içi	4527.339	336	13.474		
	Toplam	5082.425	338			
Paranoid düşünme	Gruplar arası	146.134	2	73.067	6.201	.002**
	Grup içi	3959.093	336	11.783		
	Toplam	4105.227	338			
Fobik anksiyete	Gruplar arası	97.373	2	48.686	4.809	.009**
	Grup içi	3401.459	336	10.123		
	Toplam	3498.832	338			
Psikotizm	Gruplar arası	98.776	2	49.388	8.739	.000***
	Grup içi	1898.911	336	5.652		
	Toplam	1997.687	338			
Somatizasyon	Gruplar arası	66.292	2	33.146	2.038	.132
	Grup içi	5465.253	336	16.266		
	Toplam	5531.546	338			
Pozitif semptomlar toplamı	Gruplar arası	1809.396	2	904.698	8.638	.000***
	Grup içi	35191.229	336	104.736		
	Toplam	37000.625	338			
Global şiddet indeksi	Gruplar arası	12143.116	2	6071.558	9.669	.000***
	Grup içi	210984.394	336	627.930		
	Toplam	223127.510	338			

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

Tablo 3.9’da SA-45 Ölçeği ve demografik bilgi formundan elde edilen yanıtlardan yola çıkarak gerçekleştirilen ANOVA işlemine ilişkin bulgular verilmiştir. Medeni durum değişkenine göre sadece somatizasyon alt boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmemiştir. Bunun dışındaki bütün alt ölçeklerde medeni durum değişkenine göre istatistiksel açıdan en az $p<.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Tablo 3.10. Psikopatoloji ve Medeni Durum Değişkeni için Tamhane Çoklu Karşılaştırma Testi Sonuçları

Bağımlı Değişken	(I) medeni	(J) medeni	Ortalama Farkı (I-J)	Standart hata	p
Anksiyete (Tamhane)	Bekar	İlişkisi var	-.28675	.48767	.913
		Evli	1.29694(*)	.47049	.020*
	İlişkisi var	Bekar	.28675	.48767	.913
Depresyon	Evli	Bekar	1.58369(*)	.53319	.010**
		İlişkisi var	-1.29694(*)	.47049	.020*
	Bekar	İlişkisi var	-1.58369(*)	.53319	.010**
		Evli	.43085	.54402	.814
	İlişkisi var	Bekar	1.95069(*)	.51297	.001***
		Evli	-.43085	.54402	.814
	Evli	Bekar	1.51984(*)	.57890	.028*
Düşmanlık	Bekar	İlişkisi var	-1.95069(*)	.51297	.001***
		Evli	.43085	.54402	.814
	İlişkisi var	Bekar	-1.51984(*)	.57890	.028*
		Evli	.09840	.51112	.996
	Evli	Bekar	1.70356(*)	.43723	.000***
Kişiler arası duyarlılık	İlişkisi var	Bekar	-.09840	.51112	.996
		Evli	1.60516(*)	.52058	.007**
	Evli	Bekar	-1.70356(*)	.43723	.000***
		İlişkisi var	-1.60516(*)	.52058	.007**
	Bekar	İlişkisi var	.11654	.48564	.993
		Evli	1.96142(*)	.45162	.000***
Obsesif kompulsif	İlişkisi var	Bekar	-.11654	.48564	.993
		Evli	1.84488(*)	.52104	.002**
	Evli	Bekar	-1.96142(*)	.45162	.000***
		İlişkisi var	-1.84488(*)	.52104	.002**
	Bekar	İlişkisi var	-.68133	.51784	.469
		Evli	2.98894(*)	.42704	.000***
	İlişkisi var	Bekar	.68133	.51784	.469
Paranoid düşünme (scheffe)	Evli	Bekar	3.67027(*)	.54878	.000***
		İlişkisi var	-3.67027(*)	.54878	.000***
	Bekar	İlişkisi var	-.16103	.44337	.936
		Evli	1.62758(*)	.49971	.005**
	İlişkisi var	Bekar	.16103	.44337	.936
		Evli	1.78860(*)	.56651	.007**
Fobik anksiyete	Evli	Bekar	-1.62758(*)	.49971	.005**
		İlişkisi var	-1.78860(*)	.56651	.007**
	Bekar	İlişkisi var	-.25532	.42941	.911
		Evli	1.26849(*)	.37468	.003**
	İlişkisi var	Bekar	.25532	.42941	.911
Psikotizm	Evli	Bekar	1.52381(*)	.45010	.003**
		İlişkisi var	-1.26849(*)	.37468	.003**
	Bekar	İlişkisi var	-1.52381(*)	.45010	.003**
		Evli	.36726	.31436	.568
	İlişkisi var	Bekar	1.44681(*)	.26723	.000***
		Evli	-.36726	.31436	.568
	Evli	Bekar	1.07955(*)	.31153	.002**
		İlişkisi var	-1.44681(*)	.26723	.000***
			-1.07955(*)	.31153	.002**

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

Psikopatoloji ve medeni durum değişkenini incelemek için SA-45 leği paranoid düşünme alt leği hariç her alt ölçekte Tamhane testi uygulanmıştır ve Tablo 3.10’da sunulmuştur. Anksiyete ($p<.05$), obsesif komplsif ($p<.001$), paranoid düşünme ($p<.01$), fobik anksiyete ($p<.01$) semptomları ilişkisi olan kişilerde bekar ve evli kişilere göre anlamlı derecede daha yüksektir. Depresyon ($p<.001$), düşmanlık ($p<.001$), kişilerarası duyarlılık ($p<.001$) ve psikotizm semptomları ($p<.001$) bekar kişilerde ilişkisi olan ve evli kişilere göre anlamlı derecede daha yüksektir.



Tablo 3.11. Psikopatoloji ve Eğitim Değişkeni İçin Betimsel İstatistik Sonuçları

		N	Ortalama (M)	Standart sapma (SD)	Standart hata
Anksiyete	Lise	155	9.2581	3.62860	.29146
	Üniversite	131	8.9695	4.18778	.36589
	Yüksek lise Doktora	53	7.9057	3.38699	.46524
	Toplam	339	8.9351	3.83713	.20840
Depresyon	Lise	155	11.3484	4.13191	.33188
	Üniversite	131	11.2366	4.44424	.38829
	Yüksek lise Doktora	53	10.6415	4.01485	.55148
	Toplam	339	11.1947	4.23257	.22988
Düşmanlık	Lise	155	9.1935	3.88821	.31231
	Üniversite	131	8.6947	4.06844	.35546
	Yüksek lise Doktora	53	6.5472	2.19760	.30186
	Toplam	339	8.5870	3.85007	.20911
Kişiler arası duyarlılık	Lise	155	9.9290	3.80039	.30525
	Üniversite	131	9.0687	3.84546	.33598
	Yüksek lise Doktora	53	8.0566	2.98338	.40980
	Toplam	339	9.3038	3.75259	.20381
Obsesif kompulsif	Lise	155	12.6323	3.98376	.31998
	Üniversite	131	10.8015	3.68243	.32174
	Yüksek lise Doktora	53	9.8679	3.19277	.43856
	Toplam	339	11.4926	3.89991	.21181
Paranoid düşünme	Lise	155	11.1871	3.47119	.27881
	Üniversite	131	10.2137	3.54099	.30938
	Yüksek lise Doktora	53	8.3019	2.46970	.33924
	Toplam	339	10.3599	3.49814	.18999
Fobik anksiyete	Lise	155	7.9677	3.24221	.26042
	Üniversite	131	7.4198	3.41254	.29816
	Yüksek lise Doktora	53	6.8113	2.48113	.34081
	Toplam	339	7.5752	3.22290	.17504
Psikotizm	Lise	155	7.6323	2.63103	.21133
	Üniversite	131	6.8855	2.28588	.19972
	Yüksek lise Doktora	53	5.8302	1.57792	.21674
	Toplam	339	7.0619	2.43841	.13244
Somatizasyon	Lise	155	9.7161	4.61189	.37044
	Üniversite	131	8.7023	3.57705	.31253
	Yüksek lise Doktora	53	8.0755	2.94729	.40484
	Toplam	339	9.0678	4.04320	.21960

Tablo 3.11’de SA-45 Ölçeği’ne göre psikopatoloji ve eğitim değişkeninin betimsel istatistiğe ilişkin bulguları sunulmuştur.

Tablo 3.12. Psikopatoloji ve Eğitim Değişkeni için Varyansların Homojenliği Testi

	Levene Testi	Serbestlik derecesi 1	Serbestlik derecesi 2	p
Anksiyete	2.141	2	336	.119
Depresyon	.581	2	336	.560
Düşmanlık	11.833	2	336	.000***
Kişiler arası duyarlılık	2.272	2	336	.105
Obsesif kompulsif	2.813	2	336	.061
Paranoid Düşünme	3.756	2	336	.024*
Fobik	2.361	2	336	.096
Anksiyete	7.255	2	336	.001***
Psikotizm	10.249	2	336	.000***
Somatizasyon Pozitif	2.558	2	336	.079
Semptom toplamı	5.526	2	336	.004**
Global Şiddet İndeksi				

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

Psikopatoloji ve eğitim değişkeni için SA-45 alt ölçek puan varyanslarının eşitliği adına yapılan Levene testi sonuçları Tablo 3.12’de sunulmuştur. Düşmanlık ($p<.001$), psikotizm ($p<.001$), somatizasyon ($p<.001$), semptomları ve global şiddet indeksi ($p<.01$), heterojen bir dağılım gösterirken diğer semptomlar homojen bir dağılım göstermiştir.

Tablo 3.13. Psikopatoloji ve Eğitim Değişkeni için ANOVA Sonuçları

		Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Ortalamanın karesi	F	p
Anksiyete	Gruplar arası	72.489	2	36.244	2.483	.085
	Grup içi	4904.084	336	14.595		
	Toplam	4976.572	338			
Depresyon	Gruplar arası	20.111	2	10.055	.560	.572
	Grup içi	6035.040	336	17.961		
	Toplam	6055.150	338			
Düşmanlık	Gruplar arası	279.071	2	139.536	9.910	.000***
	Grup içi	4731.112	336	14.081		
	Toplam	5010.183	338			
Kişiler arası duyarlılık	Gruplar arası	150.274	2	75.137	5.477	.005**
	Grup içi	4609.431	336	13.719		
	Toplam	4759.705	338			
Obsesif kompulsif	Gruplar arası	403.778	2	201.889	14.320	.000***
	Grup içi	4736.954	336	14.098		
	Toplam	5140.732	338			
Paranoid düşünme	Gruplar arası	333.335	2	166.668	14.726	.000***
	Grup içi	3802.759	336	11.318		
	Toplam	4136.094	338			
Fobik anksiyete	Gruplar arası	57.972	2	28.986	2.821	.061
	Grup içi	3452.860	336	10.276		
	Toplam	3510.832	338			
Psikotizm	Gruplar arası	134.906	2	67.453	12.089	.000***
	Grup içi	1874.793	336	5.580		
	Toplam	2009.699	338			
Somatizasyon	Gruplar arası	134.842	2	67.421	4.202	.016*
	Grup içi	5390.597	336	16.043		
	Toplam	5525.440	338			

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

Tablo 3.13’de SA-45 Ölçeği doğrultusunda psikopatoloji ve eğitim değişkeni için yapılmış ANOVA analizine ilişkin bulgular sunulmuştur.

Tablo 3.14. Psikopatoloji ve Eğitim Durumu Değişkeni için Tamhane Çoklu Karşılaştırma Test Sonuçları

Bağımlı Değişken	(I) Eğitim	(J) Eğitim	Ortalama farkı (I-J)	Standart hata	p
Düşmanlık	Lise	Üniversite	.49889	.47317	.646
		Yüksek lisans/ Doktora	2.64638(*)	.43435	.000***
	Üniversite	Lise	-.49889	.47317	.646
		Yüksek lisans/ Doktora	2.14749(*)	.46634	.000***
Kişiler arası duyarlılık		Lise	-2.64638(*)	.43435	.000***
		Üniversite	-2.14749(*)	.46634	.000***
	Lise	Üniversite	.86033	.43958	.149
		Yüksek lisans/ Doktora	1.87243(*)	.58936	.007**
	Üniversite	Lise	-.86033	.43958	.149
		Yüksek lisans/ Doktora	1.01210	.60296	.246
Obsesif kompulsif		Lise	-1.87243(*)	.58936	.007**
		Üniversite	-1.01210	.60296	.246
	Lise	Üniversite	1.83073(*)	.44562	.000***
		Yüksek lisans/ Doktora	2.76433(*)	.59746	.000***
	Üniversite	Lise	-1.83073(*)	.44562	.000***
		Yüksek lisans/ Doktora	.93360	.61124	.313
Paranoid düşünme		Lise	-2.76433(*)	.59746	.000***
		Üniversite	-.93360	.61124	.313
	Lise	Üniversite	.97336	.41647	.059
		Yüksek lisans/ Doktora	2.88521(*)	.43911	.000***
	Üniversite	Lise	-.97336	.41647	.059
		Yüksek lisans/ Doktora	1.91185(*)	.45913	.000***
Psikotizm		Lise	-2.88521(*)	.43911	.000***
		Üniversite	-1.91185(*)	.45913	.000***
	Lise	Üniversite	.74676(*)	.29077	.032*
		Yüksek lisans/ Doktora	1.80207(*)	.30272	.000***
	Üniversite	Lise	-.74676(*)	.29077	.032*
		Yüksek lisans/ Doktora	1.05531(*)	.29473	.001***
Somatizasyon		Lise	-1.80207(*)	.30272	.000***
		Üniversite	-1.05531(*)	.29473	.001***
	Lise	Üniversite	1.01384	.48466	.108
		Yüksek lisans/ Doktora	1.64066(*)	.54874	.010*
	Üniversite	lise	-1.01384	.48466	.108
		Yüksek lisans/ Doktora	.62682	.51144	.531
Pozitif semptomlar toplamı		Lise	-1.64066(*)	.54874	.010*
		Üniversite	-.62682	.51144	.531
	Lise	Üniversite	-2.70825	1.21643	.085
		Yüksek lisans/ Doktora	-6.31260(*)	1.63092	.001***
	Üniversite	Lise	2.70825	1.21643	.085
		Yüksek lisans/ Doktora	-3.60435	1.66855	.099
Global şiddet indeksi		Lise	6.31260(*)	1.63092	.001***
		Üniversite	3.60435	1.66855	.099
	Lise	Üniversite	6.87215	3.09344	.079
		Yüksek lisans/ Doktora	16.82678(*)	3.35518	.000***
	Üniversite	Lise	-6.87215	3.09344	.079
		Yüksek lisans/ Doktora	9.95463(*)	3.46076	.014*
		Lise	-16.82678(*)	3.35518	.000***
		Üniversite	-9.95463(*)	3.46076	.014*

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

SA-45 Ölçeği doğrultusunda psikopatoloji ve eğitim durumu değişkenini incelemek için Tamhane testi uygulanmıştır ve Tablo 3.14’te sunulmuştur. Buna göre lise mezunu olan kişilerin Düşmanlık semptomları, yüksek lisans ve/veya doktora mezunu olan kişilerden anlamlı derecede ($p<.001$) daha yüksek bulunmuştur. Üniversite mezunu olan kişilerin Düşmanlık semptomları, yüksek lisans ve/veya doktora mezunu olan kişilerden anlamlı derecede ($p<.001$) daha yüksek bulunmuştur. Kişilerarası duyarlılık semptomları lise mezunu olan kişilerde, yüksek lisans ve/veya doktora mezunu olan kişilere göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Üniversite mezunu olan kişilerin kişilerarası duyarlılık semptomları yüksek lisans ve/veya doktora mezunu olan kişilerden anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<.01$). Obsesif-kompulsif düşünme semptomları lise mezunlarında, üniversite ve yüksek lisans ve/veya doktora mezunu kişilerden anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<.001$). Paranoid düşünme semptomları lise mezunlarında üniversite ve yüksek lisans ve/veya doktora mezunlarına göre ($p<.001$); üniversite mezunlarında yüksek lisans ve/veya doktora mezunlarına göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<.001$). Psikotizm semptomları lise mezunlarında üniversite ve yüksek lisans ve/veya doktora mezunu kişilere göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<.05$, $p<.001$). Somatizasyon semptomları lise mezunlarında, yüksek lisans ve/veya doktora mezunu kişilere göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<.05$). Pozitif semptomların toplamı ve global şiddet indeksi lise mezunlarında, üniversite, yüksek lisans ve/veya doktora mezunlarına göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<.001$).

Tablo 3. 15. Psikopatoloji ve Şans Oyunları/Kumar Oynama Yanıtına İlişkin Bağımsız Grup T-Test Sonuçları

	Şans/ Kumar oyunları	N	Ortalama (M)	Standart sapma (SD)	Ortalamanın standart hatası	t	Serbestlik derecesi (df)	p
Anksiyete	Evet	124	9.2177	3.72982	.33495	.900	345	.369
	Hayır	223	8.8296	3.91321	.26205			
Depresyon	Evet	124	11.4032	4.06036	.36463	.484	345	.629
	Hayır	223	11.1704	4.42226	.29614			
Düşmanlık	Evet	124	9.6371	3.94337	.35412	3.781	345	.000***
	Hayır	223	8.0404	3.67033	.24578			
Kişilerarası duyarlılık	Evet	124	9.3548	3.37661	.30323	.173	345	.863
	Hayır	223	9.2825	3.92337	.26273			
Obsesif kompulsif	Evet	124	12.0968	4.04330	.36310	2.272	345	.024*
	Hayır	223	11.1166	3.74104	.25052			
Paranoid düşünme	Evet	124	11.0484	3.78455	.33986	2.814	345	.005**
	Hayır	223	9.9641	3.23252	.21647			
Fobik anksiyete	Evet	124	7.4194	2.89686	.26015	-.673	345	.501
	Hayır	223	7.6637	3.41682	.22881			
Psikotizm	Evet	124	7.3952	2.57827	.23154	1.801	345	.073
	Hayır	223	6.9013	2.37273	.15889			
Somatizasyon	Evet	124	9.7500	4.47872	.40220	2.187	345	.029*
	Hayır	223	8.7578	3.79243	.25396			
Pozitif septom toplamı	Evet	124	20.9919	10.54336	.94682	-2.138	345	.033*
	Hayır	223	23.4753	10.26882	.68765			
Global şiddet indeksi	Evet	124	87.3226	26.02080	2.33674	1.945	345	.053
	Hayır	223	81.7265	25.49371	1.70719			

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

Tablo 3.15'te psikopatoloji değişkeni SA-45 Ölçeği'nden ve demografik bilgi formundaki ilgili sorudan yola çıkarak şans oyunları/kumar oynama yanıtlarına ilişkin yapılan bağımsız grup t test bulguları sunulmuştur. Örneklemdeki kişilerin şans oyunları/kumar oynama özelliğine göre, düşmanlık ($p<.001$), obsesif-kompulsif ($p<.05$), paranoid düşünme ($p<.01$) ve somatizasyon ($p<.05$) semptomlarında anlamlı farklar bulunmuştur. Bahsi geçen semptomlar, şans oyunları/kumar oynama davranışı gösterenlerde bu davranışı göstermeyenlere göre daha yüksektir.

Tablo 3.16. Kumar Oynama Davranışı ve Cinsiyet Değişkenine Bağımsız Grup T-Test Sonuçları

	Cinsiyet	N	Ortalama (M)	Standart sapma	Ortalama standart hata	t	Serbestlik derecesi (sd)	p
Kumar oynama	Kadın	237	,5570	1,47361	,09572	-6,782	344	,000***
	Erkek	109	1,9083	2,16684	,20755			

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

Tablo 3.16’da cinsiyet ve SOKTT’e göre kumar oynama davranışı arasındaki fark sunulmuştur. Buna göre erkeklerin kumar oynama davranışı, kadınlarınkinden anlamlı derecede ($p<.001$) daha yüksek bulunmuştur. Ancak kadın ve erkeklerin ikisinin de kumar oynama davranışı ortalaması ($M=.56$, $SD= 1.4$ ve $M=1.9$, $SD=2.1$) patolojik düzeyin (kumar oynama davranışını ölçen SOKTT için 8 ve üzeri patolojik düzey anlamına gelmektedir) altındadır.

Tablo 3.17. Kumar Oynama Davranışı ve Medeni Durum Değişkenine İlişkin Betimsel İstatistik Sonuçları

	N	Ortalama (M)	Standart sapma (SD)	Standart hata
Bekar	188	1.1011	1.95549	.14262
İlişkisi var	88	.6932	1.38430	.14757
Evli	63	.9365	1.60516	.20223
Total	339	.9646	1.76385	.09580

Tablo 3.17’de SOKTT’e göre kumar oynama davranışı ve medeni durum değişkenine ilişkin yapılan betimsel istatistik analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 3.18. Kumar Oynama Davranışı ve Medeni Durum Değişkenine İlişkin ANOVA Sonuçları

	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi (df)	Ortalamanın karesi	F	p
Gruplar arası	10.033	2	5.017	1.618	.200
Grup içi	1041.542	336	3.100		
Toplam	1051.575	338			

SOKTT'e ve demografik bilgi formundan yola çıkarak kişilerin medeni durumlarına göre kumar oynama davranışları anlamlı bir fark görülmediği ($F(2,336)=1.61, p=.200$) Tablo 3.18'de sunulmuştur.

Tablo 3.19. Kumar Oynama Davranışı ve Eğitim Değişkenine İlişkin Betimsel İstatistik Sonuçları

	N	Ortalama (M)	Standart sapma (SD)	Standart hata
Lise	155	1.1161	2.01602	.16193
Üniversite	131	.9008	1.58286	.13830
Yüksek lisans/ doktora	53	.5660	1.16865	.16053
Toplam	339	.9469	1.74993	.09504

Tablo 3.19'da SOKTT'e göre sonucu kumar oynama davranışı ve eğitim değişkenine ilişkin betimsel istatistik bulguları sunulmuştur.

Tablo 3.20. Kumar Oynama ve Eğitim Değişkenine İlişkin ANOVA Sonuçları

	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi (df)	Ortalamanın karesi	F	p
Gruplar arası	12.406	2	6.203	2.038	.132
Grup içi	1022.638	336	3.044		
Toplam	1035.044	338			

Eğitim düzeylerine göre SOKTT'e göre kumar oynama davranışına ilişkin puanlar arasında anlamlı bir fark bulunamadığı ($F(2,336)=2.03, p=.132$) Tablo 3.20'de sunulmuştur.

Tablo 3.21. Kumar Oynama Davranışı ve Şans Oyunları/Kumar Oynama Değişkenine İlişkin Bağımsız Grup T-Test Sonuçları

	Şans oyunları /Kumar oynama	N	Ortalama (M)	Standart sapma	Ortalamanın standart hatası	t	Serbestlik derecesi (df)	p
Kumar oynama	Evvet	124	2.1290	2.33728	.20989	9.872	345	.000***
	Hayır	223	.3408	1.01808	.06818			

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Tablo 3.21’de Şans oyunları/kumar oynadıklarını demografik bilgi formunda belirten kişilerin, SOKTT’e göre kumar oynama davranışı gösterme dereceleri, kumar oynamayanlardan anlamlı derecede ($p < .001$) daha yüksek bulunduğu gösterilmiştir.

Tablo 3.22. Alkol kullanımı ve Grup Faktörüne İlişkin Bağımsız Grup T-Testi Sonuçları

	Grup	N	Ortalama (M)	Standart sapma (SD)	Ortalamanın standart hatası	t	Serbestlik derecesi (df)	p
Alkol kullanımı	Elden	154	5.2922	4.96382	.40000	.523	318	.601
	Online	166	4.9940	5.20896	.40429			

Araştırmaya elden ve online katılma ve AUDİT’e göre alkol kullanımı arasındaki farka bakılmıştır ve Tablo 3.22’de sunulmuştur. Buna göre araştırmaya elden veya online olarak katılma ile alkol kullanımı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p = .601$).

Tablo 3.23. Alkol Kullanımı ve Cinsiyet Değişkenine İlişkin Bağımsız Grup T-Test Sonuçları

	Cins	N	Ortalama (M)	Standart sapma (SD)	Ortalamanın standart hatası	t	Serbestlik derecesi (df)	p
Alkol kullanımı	Kadın	219	4.5068	4.58194	.30962	-3.308	317	.001**
	Erkek	100	6.5100	5.86118	.58612			

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

AUDİT’e göre Alkol kullanımı ve cinsiyet değişkeni arasındaki farklara bakılmıştır ve Tablo 3.23’te sunulmuştur. Buna göre erkeklerin alkol kullanım düzeyi kadınlara göre daha yüksektir ($p < .01$).

Tablo 3.24. Alkol Kullanımı ve Medeni Durum Betimsel İstatistik Sonuçları

	N	Ortalama (M)	Standart sapma	Standart hata
Bekar	172	5.4593	5.65929	.43152
İlişkisi var	84	5.6071	4.80215	.52396
Evli	57	3.7719	3.41748	.45266
Total	313	5.1917	5.12238	.28953

Tablo 3.24'te Katılımcıların AUDİT'e göre alkol kullanım oranları ve medeni durum değişkenine ilişkin yapılan betimsel istatistiğe ilişkin bulgular sunulmuştur.

Tablo 3.25. Alkol Kullanımı ve Medeni Durum Değişkenine İlişkin ANOVA Sonuçları

	Karelerin toplamı	Serbestlik derecesi (df)	Ortalamanın karesi	F	p
Gruplar arası	141.712	2	70.856	2.730	.067
Grup için	8044.786	310	25.951		
Toplam	8186.498	312			

AUDİT'e göre alkol kullanımı ve medeni durum değişkeni incelenmiştir ve bulgular Tablo 3.26'da sunulmuştur. Buna göre kişilerin alkol kullanımı, medeni durum değişkenine göre farklılaşmamaktadır ($F(2,310)=2.7, p=.67$).

Tablo 3.26. Alkol Kullanımı ve Eğitim Değişkenine İlişkin Betimsel İstatistik Sonuçları

	N	Ortalama (M)	Standart sapma (SD)	Standart hata
Lise	145	4.7517	4.49464	.37326
Üniversite	122	5.8525	5.91632	.53564
Yüksek lisans/ doktora	47	3.9787	3.45461	.50391
Toplam	314	5.0637	5.00438	.28241

Tablo 3.26'da AUDİT'ten elde edilen yanıtlara göre alkol kullanımı ve eğitim değişkenine ilişkin betimsel istatistik bulguları sunulmuştur.

Tablo 3.27. Alkol kullanımı ve Eğitim Değişkenine İlişkin ANOVA Sonuçları

	Karelerin toplamı	Serbestlik derecesi (df)	Ortalamanın karesi	F	p
Gruplar arası	145.341	2	72.671	2.938	.054
Grup içi	7693.385	311	24.738		
Toplam	7838.726	313			

AUDİT'e göre alkol kullanımı ve eğitim düzeyi incelenmiştir ve Tablo 3.27'de sunulmuştur. Buna göre alkol kullanımı, eğitim düzeylerine göre farklılaşmamaktadır ($F(2,311)= 2.9, p=.054$).

Tablo 3.28. Alkol Kullanımı ve Şans Oyunları/Kumar Oynama Değişkenine İlişkin Bağımsız Grup T-Testi Sonuçları

	Şans oyunları/ kumar oynama	N	Ortalama (M)	Standart sapma	Ortalamanın standart hatası	t	Serbestlik derecesi (df)	p
Alkol kullanımı	Evet	120	7.2250	5.74597	.52453	5.989	318	.000***
	Hayır	200	3.8850	4.18682	.29605			

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

Demografik bilgi formundan yola çıkarak şans oyunları/kumar oynama özelliği gösterme ve AUDİT'ten yola çıkarak alkol kullanımı değişkenleri incelenmiştir ve Tablo 3.28'de sunulmuştur. Buna göre şans oyunları/kumar oynadığını belirten kişilerin alkol kullanım oranı anlamlı derecede daha yüksektir ($p<.001$).

Tablo 3.29. Madde Kullanımı ve Grup Faktörüne İlişkin Bağımsız Grup T-Test Sonuçları

	Grup	N	Ortalama (M)	Standart sapma	Ortalamanın standart hatası	t	Serbestlik derecesi (df)	p
Madde kullanımı	Elden	155	1.0839	2.63827	.21191	-.786	342	.432
	Online	189	1.3915	4.24704	.30893			

Kişilerin araştırmaya elden veya online katılma durumları ve DUDİT'te göre madde kullanımları incelenmiştir ve Tablo 3.29'da sunulmuştur. Buna göre kişilerin araştırmaya katılma türleri ile madde kullanımları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=.432$).

Tablo 3.30. Madde Kullanımı ve Cinsiyet Değişkenine İlişkin Bağımsız Grup T-Test Sonuçları

	Cinsiyet	N	Ortalama (M)	Standart sapma (SD)	Ortalamanın standart hatası	t	Serbestlik derecesi (df)	p
Madde kullanımı	Kadın	236	1.1314	3.39394	.22093	-.886	341	.376
	Erkek	107	1.5047	4.06405	.39289			

Tablo 3.30’da DUDİT’e göre madde kullanımı ve cinsiyet değişkeni incelenmiştir ve sunulmuştur. Buna göre madde kullanımı ve cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=.376$).

Tablo 3.31. Madde Kullanımı ve Medeni Durum Değişkenine İlişkin Betimsel İstatistik Sonuçları

	N	Ortalama (M)	Standart sapma	Standart hata
Bekar	185	1.5027	4.42710	.32549
İlişkisi var	88	1.2159	2.28664	.24376
Evli	63	.4762	1.74001	.21922
Toplam	336	1.2351	3.58206	.19542

Tablo 3.31’de DUDİT’e göre madde kullanımı ve medeni durum değişkenine ilişkin yapılan betimsel istatistik sonuçları sunulmuştur.

Tablo 3.32. Madde Kullanımı ve Medeni Durum Değişkenine İlişkin ANOVA Sonuçları

	Karelerin toplamı	Serbestlik derecesi (df)	Ortalamanın karesi	F	p
Gruplar arası	49.565	2	24.782	1.942	.145
Grup içi	4248.861	333	12.759		
Toplam	4298.426	335			

Tablo 3.32’de DUDİT’e göre madde kullanımı ve medeni durum değişkeni arasındaki farklar incelenmiştir ve sunulmuştur. Buna göre madde kullanımı ile medeni durum değişkeni arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F(2,333)= 1.9$, $p=.145$).

Tablo 3.33. Madde Kullanımı ve Eğitim Değişkenine İlişkin Betimsel İstatistik Sonuçları

	N	Ortalama (M)	Standart sapma	Standart hata
Lise	153	.8889	2.26401	.18303
Üniversite	130	1.6385	4.69538	.41181
Yüksek lisans/ doktora	53	1.2264	3.48977	.47936
Toplam	336	1.2321	3.58100	.19536

Tablo 3.33’te DUDİT’e göre madde kullanımı ve eğitim değişkenine ilişkin betimsel istatistik bulguları sunulmuştur.

Tablo 3.34. Madde Kullanımı ve Eğitim Değişkenine İlişkin ANOVA Sonuçları

	Karelerin ortalaması	Serbestlik derecesi (df)	Ortalamanın karesi	F	p
Gruplar arası	39.491	2	19.746	1.545	.215
Grup içi	4256.402	333	12.782		
Toplam	4295.893	335			

DUDİT’e göre madde kullanımı ve eğitim durumu arasındaki farklar incelenmiştir ve Tablo 3.34’te sunulmuştur. Buna göre kişilerin madde kullanımı ile eğitim durumu değişkeni arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F(2, 33)=.215$, $p=.215$).

Tablo 3.35. Madde kullanımı ve Şans oyunları/kumar oynama Değişkenine İlişkin Bağımsız Grup T-Test Sonuçları

	Şans oyunları/kumar oynama	N	Ortalama (M)	Standart sapma	Ortalamanın standart hatası	t	Serbestlik derecesi (df)	p
Madde kullanımı	Evet	124	1.8710	4.20794	.37788	2.400	342	.017*
	Hayır	220	.9045	3.18314	.21461			

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

Kişilerin madde kullanımı DUDİT’e göre ve demografik bilgi formunda şans oyunları/kumar oynadıklarını belirten kişilerin madde kullanım düzeyleri incelenmiştir ve Tablo 3.35’te sunulmuştur. Buna göre şans oyunları/kumar oynadıklarını belirten kişilerin madde kullanımları oynamayanlara göre anlamlı derecede ($p<.05$) yüksektir.

Tablo 3.36. Psikopatoloji ve Kumar Oynama, Alkol ve Madde Kullanım İlişkisi Korelasyon Analizi Sonuçları

N:330	Anx	Depr	Host	İnt	Oct	Par	Fobi	Psy	Soma	Pst	Gsi	Kumar	Alkol	Madde
Anx	1													
Depr	.709(***)	1												
Host	.625(***)	.527(***)	1											
İnt	.668(***)	.699(***)	.502(***)	1										
Oct	.618(***)	.570(***)	.551(***)	.619(***)	1									
Par	.629(***)	.610(***)	.567(***)	.693(***)	.639(***)	1								
Fobi	.666(***)	.449(***)	.300(***)	.536(***)	.452(***)	.498(***)	1							
Psy	.593(***)	.433(***)	.516(***)	.589(***)	.480(***)	.597(***)	.501(***)	1						
Soma	.639(***)	.534(***)	.605(***)	.548(***)	.599(***)	.582(***)	.508(***)	.463(***)	1					
Pst	.761(***)	.687(***)	.672(***)	.791(***)	.727(***)	.766(***)	.633(***)	-.676(***)	.678(***)	1				
Gsi	.874(***)	.800(***)	.743(***)	.830(***)	.791(***)	.821(***)	.684(***)	.705(***)	.707(***)	.911(***)	1			
Kumar	.123(*)	.144(**)	.286(***)	.106	.211(***)	.214(***)	.109(*)	.226(***)	.241(***)	.224(***)	.241(***)	1		
Alkol	.161(**)	.223(***)	.273(***)	.161(**)	.174(**)	.170(**)	.095	.125(*)	.134(*)	.212(***)	.219(***)	.322(***)	1	
Madde	.213(***)	.234(***)	.268(***)	.157(**)	.168(**)	.093	.099	.103	.102	.169(**)	.217(***)	.221(***)	.386(***)	1

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Tablo 3.36’da SA-45’e göre psikopatoloji, SOKTT’e göre kumar oynama davranışı ve AUDİT’e göre alkol ve DUDİT’e göre madde kötüye kullanım ilişkisine ilişkin korelasyon analizleri sonucu verilmiştir. Psikopatolojiye genel anlamda bakıldığında (pozitif semptomların toplamı üzerinden), kumar oynama davranışı ($r(330)=.22$, $p<.001$), alkol kullanımı ($r(330)=.21$, $p<.001$) ve madde kullanımı ($r(330)=.16$, $p<.01$) ile pozitif yönde anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur. Kumar oynama davranışı ile kişilerarası duyarlılık semptomları hariç diğer tüm semptomlar arasındaki ilişki istatistiksel açıdan en az $p<.05$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur ve pozitif yönde ilişkilidir. Alkol kullanımı ile fobik anksiyete hariç diğer tüm semptomlar arasındaki ilişki istatistiksel açıdan en az $p<.05$ düzeyinde anlamlıdır ve pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Madde kullanımı ile anksiyete, depresyon, düşmanlık, kişilerarası duyarlılık ve obsesif kompulsif semptomlar arasındaki ilişki istatistiksel açıdan en az $p<.05$ düzeyinde anlamlıdır ve pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Ayrıca kumar oynama davranışı ve alkol ve madde kullanımı arasında da istatistiksel açıdan en az $p<.05$ düzeyinde anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 3.37. Psikopatoloji ve Kumar Oynama Davranışı İçin Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları

Aşama	Yordayıcı	Yordanan	R	R ²	F	β	t
1	Düşmanlık	Kumar Oynama Davranışı	.27	.07	27.8	.13	5.3***
2	Düşmanlık	Kumar Oynama Davranışı	.30	.09	17.4	.08	2.7**
	Somatizasyon					.07	2.6*
3	Düşmanlık	Kumar Oynama Davranışı	.33	.11	14.3	.12	3.6***
	Somatizasyon					.11	3.5***
	Anksiyete					-.09	-2.7**
4	Düşmanlık	Kumar Oynama Davranışı	.36	.13	12.3	.1	3**
	Somatizasyon					.1	3.3***
	Anksiyete					-.12	-3.9***
	Psikotizm					.11	2.4*

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

Tablo 3.37’de SA-45’e göre psikopatoloji ve SOKTT’e göre kumar oynama davranışı için yapılan hiyerarşik regresyon analizi bulguları sunulmuştur. Buna göre düşmanlık ($\beta=.13$, $t(345)=5.3$, $p<.001$), somatizasyon ($\beta=.07$, $t(344)=2.6$, $p<.05$), anksiyete ($\beta=-.09$, $t(343)=-2.7$, $p<.01$) ve psikotizm ($\beta=.11$, $t(342)=2.4$, $p<.05$) semptomlarının semptomlarının kumar oynama davranışını yordayabildiği görülmüştür.

Tablo 3.38. Psikopatoloji ve Alkol Kullanımı İçin Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları

Aşama	Yordayıcı	Yordanan	R	R ²	F	β	t
1	Düşmanlık	Alkol Kullanımı	.27	.07	24.4	.36	5***

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

Tablo 3.38’de psikopatoloji ve alkol kullanımı için yapılan hiyerarşik regresyon analizi bulguları sunulmuştur. Ölçümlenen psikopatolojik semptomlar arasında sadece düşmanlık ($\beta=.36$, $t(318)=5$, $p<.001$) semptomlarının alkol kullanımını yordayabildiği görülmüştür. Diğer semptomların alkol kullanımını yordama konusunda bir etkisi bulunmamaktadır.

Tablo 3.39. Psikopatoloji ve madde kullanımı için Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları

Aşama	Yordayıcı	Yordanan	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>F</i>	β	<i>t</i>
1	Düşmanlık	Madde Kullanımı	.26	.07	24.5	.24	5***
2	Düşmanlık	Madde Kullanımı	.28	.08	14.7	.18	3.1***
	Depresyon					.11	2.2**
3	Düşmanlık	Madde Kullanımı	.31	.09	12.2	.24	3.8***
	Depresyon					.18	3.1**
	Paranoid Düşünme					-.19	-2.6*

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Tablo 3.39’da psikopatoloji ve madde kullanımı için yapılan hiyerarşik regresyon analizi bulguları sunulmuştur. Buna göre düşmanlık ($\beta = .24$, $t(342) = 5$, $p < .001$), depresyon ($\beta = .11$, $t(341) = 2.2$, $p < .01$) ve paranoid düşünme ($\beta = -.19$, $t(340) = -2.6$, $p < .05$) semptomlarının madde kullanımını yordayabildiği görülmüştür. Diğer semptomların madde kullanımı konusunda yordayıcı bir etkisinin bulunmadığı söylenebilir.

BÖLÜM 4

TARTIŞMA

4.1. Sonuçların Tartışılması

Bu araştırmanın amacı kişilerin psikopatolojileri ile kumar oynama davranışı ve alkol ve madde kötüye kullanımı arasında bir ilişki olup olmadığının incelenmesiydi. Yüz elli sekizi elden ve 189'u online olmak üzere toplamda 347 kişinin (237 kadın, 110 erkek) katıldığı araştırmadan elde edilen veriler üzerinde yapılan analizler sonucunda, araştırmanın hipotezi desteklenmiştir. Kişilerin psikopatolojileri ile kumar oynama davranışları ve alkol ve madde kullanımları pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Psikopatolojik bulguları arttıkça kumar oynama davranışı, alkol ve madde kullanımları artmaktadır.

Araştırmanın veri toplama kısmında iki farklı yöntem (basılı formları elden alıp doldurmak ve online formlar üzerinden katılmak şeklinde) kullanıldığı için, bu iki yöntem arasında bir farklılık olup olmadığı da ayrıca incelenmiştir.

Kişilerdeki psikopatolojik bulguları saptamak adına kullanılan SA-45 Semptom Değerlendirme Ölçeği sonuçlarına göre, araştırmaya katılan grubun anksiyete, depresyon, düşmanlık, kişilerarası duyarlılık, obsesif kompulsif, paranoid düşünme, fobik anksiyete, psikotizm, somatizasyon semptomları ve pozitif semptomların toplamı ve global şiddet indeksi, norm çalışmasında (Epözdemir, 2009) bulunan ortalamalardan yüksek çıkmıştır.

Araştırmaya elden veya online katılan kişilerin psikopatolojik bulguları arasında bir fark olup olmadığı incelendiğinde; elden katılan katılımcılarda düşmanlık, obsesif kompulsif semptomlar, paranoid düşünme, psikotizm,

somatizasyon semptomları ve pozitif semptomların toplamı ve global şiddet indeksi online katılımcılara göre daha yüksek çıkmıştır.

Psikopatolojik bulgular ve cinsiyet faktörü araştırmada incelenmiş konulardan bir diğeridir. Düşmanlık, paranoid düşünme ve fobik anksiyete semptomlarında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Buna göre araştırmaya katılan örneklem grubundaki erkeklerde düşmanlık ve paranoid düşünme semptomları kadınlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Kadınlarda ise fobik anksiyete semptomları erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur. Psikopatolojik bulguların cinsiyetlere ilişkin farklılıklar gösterdiği daha önce yapılan araştırmalarca ortaya konmuştur. Solomon ve Herman'ın yaptığı 2009 yılında yapmış olduğu bir araştırmada, kadınlarda depresyon ve anksiyete ile ilişkili bozukluklarının erkeklere oranla daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. Benzer olarak Afifi'nin (2007) çalışmasında kadınların daha çok duygudurum bozukluğu spektrumunda bulunan bozukluklar gösterdiği görülürken; erkeklerin daha çok madde kullanım bozuklukları ve antisosyal kişilik bozuklukları gösterdiğini vurgulamıştır. Ayrıca erkeklerin stresle başa çıkmak için alternatif davranış olarak antisosyal davranışlar ve alkol kötüye kullanım davranışları geliştirdikleri bulunmuştur.

Psikopatolojik bulgular ve medeni durum değişkeni incelendiğinde somatizasyon semptomları hariç diğer tüm alt ölçeklerle medeni durum değişkeni arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Anksiyete semptomları en fazladan en aza doğru bir sıralamayla: ilişkisi olan, bekar ve evli katılımcılarda görülmüştür. Benzer durumlar obsesif kompulsif semptomlar, paranoid düşünme, fobik anksiyete, somatizasyon semptomları ve global şiddet indeksinde de görülmüştür. Depresyon, düşmanlık, kişilerarası duyarlılık, psikotizm semptomlarında ve pozitif semptom toplamında bu sıralama bekar, ilişkisi olan ve evli katılımcılar olarak değişmektedir. Bekar ve ilişkisi olan kişilerin psikopatolojik bulguları, evli kişilerden daha yüksek olarak bulunmuştur. Psikopatolojik bulgular ve kişilerin medeni durumlarına ilişkin daha önce yapılmış araştırmalara göre evliliğin genel ruh sağlığı üzerinde etkili olduğu; evli kişilerde psikopatolojik bulgulara daha az rastlandığı görülmüştür (Bussolotti ve ark., 2002). Evli kadınların evli olmayan kadınlara göre daha sağlıklı oldukları (Waldron ve ark., 1997), evlilik doyumunun psikopatoloji ile ilişkili olduğu ve hatta ilişkilerindeki problemler sebebiyle psikopatoloji geliştirdikleri bulunmuştur (Wishman ve ark., 2004). Ayrıca kişilerin ilişkilerinin olması ve partnerleriyle birlikte yaşamaları ile fiziksel ve ruhsal sağlıkları arasında güçlü bir bağlantı olduğu

görülmüştür (Trudel ve ark., 2013). Bu araştırmalardan yola çıkarak kişilerin ilişkilerinin olması veya evli olmalarının psikopatoloji üzerinde olumlu etkilerinin olduğu söylenebilir ve mevcut araştırmanın sonuçlarını da destekler niteliktedir.

Eğitim durumlarına göre kişilerin psikopatolojik bulguları farklılıklar gösterebilir. Bu araştırmaya katılan örneklem grubunda psikopatoloji ve eğitim değişkeninin farklılık gösterdiği semptomlar arasında düşmanlık, obsesif-kompulsif semptomlar, paranoid düşünme, psikotizm ve somatizasyon semptomları ve global şiddet indeksi yer almaktadır. Buna göre lise mezunu olan kişilerde, üniversite ve yüksek lisans ve/veya doktora mezunu olan kişilere göre obsesif-kompulsif semptomlar, paranoid düşünme ve somatizasyon semptomları daha fazla görülmektedir. McConnell ve arkadaşlarının 2006 yılında yapmış olduğu araştırmanın sonucunda, eğitim seviyesi düşük olan kişilerde paranoid düşünme semptomlarının görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır.

Demografik bilgi formunda yer alan ve araştırmaya her iki şekilde de katılan katılımcılara sorulan “şans oyunları/kumar oynar mısınız?” sorusuna verilen yanıtlar ile psikopatoloji arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre demografik bilgi formunda şans oyunları/kumar oynadığını belirten katılımcılarda düşmanlık, obsesif kompulsif semptomlar, paranoid düşünme ve somatizasyon semptomları oynamadığını belirten katılımcılara oranla daha fazla olarak bulunmuştur.

Araştırmada psikopatolojik bulgular ile kumar oynama davranışı arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre genel olarak psikopatolojik bulgular ile kumar oynama davranışı arasında bir ilişki bulunmuştur. Psikopatolojiyi ölçen anketin alt ölçeklerinde kişiler arası duyarlılık semptomları hariç kişilerde anksiyete, depresyon, düşmanlık, obsesif-kompulsif semptomlar ve paranoid düşünme semptomları arttıkça kumar oynama davranışlarının arttığı görülmüştür. Bu alanda daha önce yapılan araştırmalar da bu araştırmanın sonuçlarını destekler niteliktedir. Milosevic ve Ledgerwood (2010) yaptıkları çalışmada, kumar oynama davranışı gösteren kişilerin dürtüsel, düşmanca tavırlarda bulunduğu anksiyete bozuklukları gösterebileceği ve depresif semptomlarının olabileceği sonuçlarına ulaşmıştır.

Araştırmaya elden veya online katılan katılımcılar ve kumar oynama davranışı arasında bir ilişki olup olmadığı da incelenmiştir. Buna göre araştırmaya elden katılan katılımcıların, kumar oynama davranışı, online katılan katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılma şekilleri arasındaki bu fark, kişilerin online

formları doldururken duymuş olabileceği güvensizlik ile açıklanabilir. Türkiye’de kumar oynama cezai işleme tabi tutulur. 5326 sayılı Kabahatler Kanunu Madde 34’e göre kumar oynayan kişiye yüz Türk lirası para cezası verilir ve kumardan elde edilen gelirine el konur. Kumar oynamanın cezai işleme tabi tutulması ve araştırmaya katılan kişilerin kumar oynama davranışlarına ilişkin soruları internet üzerinden yanıtlamaları, dürüst yanıtlar vermelerini etkilemiş olabilir. Katılımcıların özellikle son yıllarda internet üzerinden (IP adresi aracılığıyla) kişilerin özel bilgilerine dahi erişilebilirliğin kolaylaşması sebebiyle cezai işleme tabi tutulan bu konu ile ilgili olarak dürüst yanıtlar vermekten kaçınmış olabilecekleri düşünülmektedir.

Cinsiyet değişkeni üzerinden değerlendirildiğinde, erkeklerin kumar oynama davranışı kadınlarinkinden daha yüksek bulunmuştur. 2012 yılında Çakıcı’nın Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde kumar oynama davranışının yaygınlığı ve risk olabilecek etkenler üzerine yaptığı araştırmanın sonucu da bu araştırmanın sonuçlarını destekler niteliktedir. Erkek olmanın kumar oynama davranışı için bir risk olduğu Çakıcı’nın (2012) araştırması sonucunda vurgulanmıştır. Medeni durum değişkeni ve kumar oynama davranışı arasında bir fark bulunamamıştır. Eğitim değişkeni için de aynı sonuç geçerlidir; eğitim düzeylerine göre kumar oynama davranışı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Daha önce yapılan araştırmalarda kişilerin eğitim düzeyleri düştükçe kumar oynama davranışlarının arttığı bulunmuştur. Çakıcı’nın (2012) araştırmasında düşük eğitim seviyesine sahip olmanın kumar oynama davranışı üzerinde risk oluşturduğu görülmüştür. Bu araştırmada örneklem daha çok lise, üniversite ve yüksek lisans/doktora mezunu kişilerden oluştuğu için bir fark bulunamamış olabilir.

Demografik bilgi formunda sorulan şans oyunları/kumar oynama sorularına verilen yanıtlar ile kumar oynama davranışı incelenmiştir. Buna göre şans oyunları/kumar oynadığını belirten kişilerin kumar oynama davranışı gösterme dereceleri, şans oyunları/kumar oynamadığını belirtenlere göre daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmanın ana konularından bir diğeri olan psikopatolojik bulgular ve alkol kullanımı arasındaki ilişki incelendiğinde genel anlamda kişilerdeki psikopatolojik bulgular ile alkol kullanım oranları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Fobik anksiyete semptomları hariç kişilerde anksiyete, depresyon, düşmanlık, kişilerarası duyarlılık, obsesif kompulsif semptomlar ve paranoid semptomlar arttıkça alkol kullanım oranları da artmaktadır. Kişilerin psikopatolojik bulguları arttıkça alkol

kullanımları da artmaktadır. Grant ve arkadaşları (2003) da yaptıkları araştırmanın sonucunda psikopatolojik bulgular ve alkol kullanımı arasında ilişki bulmuştur. Alkol kullanımı ve araştırmaya katılım şekilleri arasında bir fark olup olmadığı incelenmiştir. Buna göre araştırmaya elden veya online olarak katılan katılımcılar arasında alkol kullanımı bakımından anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Alkol kullanım düzeyleri Akvardar ve Uçku'nun 2010 yılında yapmış olduğu bir araştırmada derecelendirilmiştir ve 4 düzey risk grubu ve bu risk gruplarına göre kısa müdahale programları oluşturulmuştur. Bu araştırmadaki örneklem incelendiğinde araştırmaya katılan kişilerin %73.8'i 1.düzye risk grubundadır. Bu kişiler alkol kullanımı bakımından önemli bir risk taşımamaktadır ancak bu kişilere alkol kullanımı hakkında bilgi verilmesi gereklidir. Örneklemin % 14.1'i 2.düzye risk grubunda yer almaktadır ve bu kişilere alkol kullanımına ilişkin basit öneriler verilmesi gerekmektedir. Örneklemin %2'si 3.düzye risk grubundadır ve bu kişilere basit öneriler, kısa süreli danışmanlık verilmelidir ve sonrasında sürekli takip (izlem) gerekmektedir. Son olarak örneklemin %2.3'ü 4.düzye risk grubundadır; bu kişiler tanısı değerlendirilmeden geçmeli ve tedavileri için bir uzmana sevk edilmelidir.

Alkol kullanımı ve cinsiyet değişkeni arasındaki ilişkiye bakıldığında erkeklerin alkol kullanım düzeyleri kadınlarınkine göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar daha önce yapılan araştırmalarca da desteklenmektedir. Obot ve Room (2005) bu konuyu dünya çapında incelendiğinde, erkeklerin kadınlara oranla daha fazla alkol kullandığını belirtmiştir. Medeni durum ve eğitim durumları ile alkol kullanım düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Eğitim düzeyleri ve alkol kullanımı arasında farkların bulunduğu araştırmalar vardır. Lewis ve arkadaşlarının (2011) yaptığı araştırmanın sonucuna göre, düşük eğitim düzeyi alkol kullanım bozukluğu ile ilişkili çıkmıştır. Daha önce yapılan araştırmalarda bulunan sonuçlara benzer sonuçlara ulaşılamaması, bu araştırmaya katılan örneklemin çoğunluğunu üniversite öğrencilerinin oluşturuyor olması nedeniyle olabilir.

Demografik bilgi formunda sorulan şans oyunları/kumar oynama sorularına verilen yanıtlar ile alkol kullanım oranı incelenmiştir. Buna göre şans oyunları/kumar oynadığını belirten kişilerin alkol kullanım oranları, şans oyunları/kumar oynamadığını belirtenlere göre daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmanın incelemiş olduğu son konu psikopatolojik bulgular ve madde kullanımı arasındaki ilişkiydi. Madde kullanımı konusunda ilk olarak kişilerin araştırmaya elden veya online katılmaları arasında bir fark olup olmadığına

bakılmıştır. Buna göre madde kullanımı ile kişilerin araştırmaya katılım şekilleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyleri ile madde kullanımı arasındaki ilişki incelendiğinde, bu değişkenler açısından anlamlı farklar bulunamamıştır. Ancak daha önce yapılan bir araştırmaya göre erkeklerin kadınlara oranla daha fazla madde kullanımında bulunduğu; kişilerin eğitim düzeyleri düştükçe madde kullanım oranlarının arttığı bulunmuştur (Green, 2006). Sonuçların bu literatürdeki araştırma ile farklı çıkmasının bir nedeni olarak bu araştırmanın Türkiye’de yapılmış olması ve tıpkı kumar oynamada olduğu gibi Türkiye’de madde kullanımına ilişkin de cezai işlemler uygulanması sayılabilir. Madde kullanımının yasal olmaması ve madde kullanımı durumunda cezai işlemlerin uygulanıyor olması nedeniyle kişilerin madde kullanıyor olsalar dahi kendilerini gizlemek isteyecekleri; sorulara dürüst yanıt vermeyecekleri düşünülebilir.

Psikopatolojik bulgular ve madde kullanımı arasındaki ilişki incelendiğinde paranoid düşünme, fobik anksiyete, psikotizm ve somatizasyon semptomları dışında anksiyete, depresyon, düşmanlık, kişilerarası duyarlılık ve obsesif-kompulsif semptomlar ile pozitif semptomlar toplamı ve global şiddet indeksi anlamlı derece ilişkili bulunmuştur. Bu semptom puanları arttıkça kişilerin madde kullanımı da artmaktadır. Madde kullanan kişilerde sık görülen psikopatolojik bulgular 2009 yılında yapılan bir araştırmayla benzetilmektedir. Bu araştırmaya göre madde kötüye kullanımı görülen kişilerde depresyon, anksiyete, kişilik ve uyum bozuklukları görülmüştür (Shantna ve ark., 2009). Pozitif semptomlar toplamı bulgusundan yola çıkarak psikopatolojik bulgular arttıkça madde kullanımının da arttığı ve aralarında pozitif bir ilişki bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmanın psikopatolojik bulgular ile alkol ve madde kullanımı sonuçlarından ve DSM-IV-TR Tanı Kriterleri Başvuru El Kitabında ilgili bölümden yola çıkarak, araştırma sonuçlarının alkol ve madde kötüye kullanımını açıklıyor olduğu söylenebilir. Araştırmada alkol ve madde kullanımını ölçmek için kullanılan ölçeklerin soruları ile madde kötüye kullanımını açıklayan DSM-IV-TR Tanı Kriterleri’nin birbirleri ile ilişkili olduğu, ölçeklerin kriterlerde yer alan maddelere ilişkin soruları barındırdığı görülmektedir. Bu ölçeklerden alınan puanlar arttıkça, kişilerin alkol ve/veya madde kullanım düzeylerinin tehlikeli boyutlara girdiği bilinmektedir. Alkol ve madde kullanımı zaman içinde evrilebilen değişkenlerdir. Kişi alkol ya da madde kullanmaya ilk başladığı dönemlerde kullanımını kontrol

edebildiğini düşünüp, ileride bir sorun teşkil edebileceği ihtimalini çoğunlukla düşünmez. Ancak zaman içinde evrilebildiği için, bir süre sonra kişiye aldığı miktar yeterince keyif vermeyebilir ve böylelikle kişi kullanım miktarını arttırabilir. Alkol ya da madde kullanım miktarı arttıkça kişiler kullandıkları düzeye ilişkin tolerans geliştirirler. Bu tolerans zaman içinde kullanıma bağlı olarak artar ve sonucunda kişi bağımlı olur. Yani kişi alkol ya da maddeyi deneyerek çıktığı yola, kullanım miktarını ve sıklığını arttırarak devam eder; tehlikeli kullanım boyutuna geçer ve sonucunda bağımlılık gelişir. Aslında ilk ve temel hedef insanların alkol veya madde kullanmamasıdır. Ancak bu hedefin gerçekleşmesi oldukça güçtür ve insanlar alkol veya madde kullanır. Bu noktada ikinci hedef kişilerin bağımlı olmasını önlemektir ve kişilerin kullandıkları maddeyi bırakmalarını sağlamak ve bu konuda onlara destek olmaktır (Ögel, 2010).

Bu bilgilerden yola çıkarak ve araştırmada elde edilen bulgulara göre, bu örnekleme yer alan psikopatolojik bulguları yüksek olan kişilerin bağımlılık düzeyinde olmadığı ancak kötüye kullanım boyutunda olduğu düşünülebilir ve aralarında pozitif yönde bir ilişki olduğu söylenebilir. Kötüye kullanımların bağımlılığa dönüşmemesi için önleyici tedaviler oldukça önemlidir.

4.2. Önleyici Olarak Yapılabilecekler ve Tedavi Yöntemleri

Kişilerin kumar oynama davranışı ve alkol ve madde kötüye kullanımlarını önlemek için öncelikli olarak bu davranışlara sebep olan durumları ele almak önemli olabilir. Kişinin kumar oynama davranışı göstermesine; alkol ve maddeyi kötüye kullanımına ilişkin davranışlarına hangi durumlar sebep oluyorsa bu durumlar ayrı ayrı incelenmeli ve bu durumlara ilişkin çözüm önerileri düşünülmelidir.

Mevcut araştırma bazında değerlendirildiğinde, kişilerin kumar oynama davranışlarının ve alkol ve/veya madde kötüye kullanımlarının önemli bir sebebinin psikopatolojik bulgular olduğu bulunmuştur. Özellikle bu psikopatolojik bulgulardan biri ya da birkaçına sahip kişilerin ileride kumar oynama davranışı ve alkol ve/veya madde kötüye kullanımı geliştirmeleri bakımından risk grubunda yer aldığı konusunda bilgilendirilmeleri ve psikopatolojik bulgusuna/bulgularına ilişkin tedavi alması önemlidir.

Kumar oynama davranışı bakımından değerlendirildiğinde ilk olarak toplumun bu konuya ilişkin farkındalık kazanması, kumar oynama davranışı veya bozukluğu geliştirmesini önlemek için önemli olabilir. Kişilere katılımı da kolaylaştırmak adına ücretsiz bilgilendirme seminerleri verilmesi ve seminer sonunda da kişinin kendi kendini değerlendirebileceği ölçekler verilerek hangi risk grubunda olduğunu direkt olarak kendisinin fark etmesi sağlanabilir. Sonraki adımlar olarak bilişsel tedaviler, davranışsal tedaviler, bilişsel ve davranışsal tedaviler, motivasyonel görüşmeler etkili olabilir. Kumar oynayan kişilerin özellikle şansa ilişkin inançları ve bu davranışlarının kontrol edebileceklerine ve öngörebileceklerine ilişkin yanlış inanışları üzerine bilişsel tedaviler ile çalışmak etkili bir yöntem olabilir. Kumar oynama işlevsel olmayan (maladaptif) ve öğrenilmiş bir davranış olduğu için, bu davranış ve öğrenme üzerine davranışsal tedavi yöntemleri ile çalışabilir (George & Murali, 2005). Motivasyonel görüşmeler, kişilerin yardım almaya ve tedavi olmaya ilişkin inançlarını güçlendireceği için önemlidir. Bunların yanı sıra kumar oynama bağımlılığı olan bireyler için psikiyatrik tedaviler de göz önünde bulundurulabilir.

Alkol ve madde kötüye kullanımı bakımından değerlendirildiğinde, kısa süreli terapi yöntemleri ve görüşmeler, kişinin alkol veya maddeyi bırakmasına ilişkin motivasyonel görüşmeler ve danışmanlık, bilişsel-davranışçı terapi, aile terapisi, grup terapisi, kendi kendine yardım grupları, davranışçı yaklaşım, Gestalt terapisi ve çözüm odaklı gibi bir çok terapi yöntemi uygulanabilir. Burada ilk hedef kişinin alkol veya madde kullanmasını, ikinci hedef ise bağımlı olmasını önlemektir (Ögel, 2010).

Bu nedenle kişiden gelen sinyalleri iyi değerlendirmek, psikopatolojik bulguları varsa; alkol ve/veya madde kullanımı varsa, kumar oynama davranışı mevcutsa bu yaklaşımlarla kişiye yardım edilebilir.

4.3. Kısıtlılıklar

Bu araştırmada bazı kısıtlılıklar söz konusudur. Kısıtlılık olarak ele alınabilecek ilk durum araştırmaya katılan örneklemin küçüklüğü ve demografik özellikleridir. Örnekleme toplamda 347 kişi katılmıştır ve bu sayı kesitsel bir çalışma için oldukça küçük bir sayıdır. Katılan kadınların sayısı erkeklerin sayısından iki katından daha fazladır. Cinsiyet farkının görülebileceği değişkenlerde bu farklılığın bulunamamış olması örneklemdaki cinsiyet dağılımı ile ilişkili olabilir. Bu nedenle

cinsiyet dağılımının bu araştırma için bir kısıtlılık yarattığı düşünülebilir. Medeni durum değişkeni incelendiğinde örneklemin yarısından fazlasının bekar olduğu; boşanmış kişilerin ise sekiz kişiden oluştuğu görülmektedir. Boşanmış kişilerin sayısı otuzun altında olduğu için karşılaştırma işlemlerine dahil edilmemiştir. Bu nedenle medeni durum değişkenindeki dağılımın da kısıtlılık yarattığı söylenebilir.

Eğitim durumu değişkeni incelendiğinde, örneklemin büyük çoğunluğunu lise mezunu ve üniversite mezunu kişilerin oluşturduğu görülmüştür. İlkokul ve ortaokul mezunu kişilerin toplamının sekiz olması ve istatistiksel açıdan anlamlı bir değer ifade edebilmesi için bu sayıların en az otuz olması gerektiğinden ilkokul ve ortaokul mezunu kişiler tıpkı boşanmış kişiler gibi bazı analizlere dahil edilmemişlerdir. Hem bu kişilerden bulgu elde edilememesi hem de eğitim seviyesinin yüksek olması, araştırmada eğitim durumu değişkenini lise, üniversite ve yüksek lisans ya da doktora mezunu olarak sınırlamıştır. Bu durumun, eğitim durumunu ile kumar oynama davranışı, alkol ve madde kötüye kullanımı arasındaki ilişkiyi sağlıklı değerlendirmede bir kısıtlılık oluşturduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın incelediği konular arasında Türkiye’de yasal olmayan ya da cezai işlemlere tabi tutulan konular da yer almaktadır. Özellikle yasal olmamaları ya da cezai işlem uygulanıyor olması sebebiyle araştırmaya katılan örneklemin dürüst yanıt verdiklerinden şüphe duyulmuştur, yanıtların yanlı olabileceği düşünülmüştür. Yanlılığa ilişkin bir değerlendirme ya da ölçümün yapılmamış olması araştırmada kısıtlılık olarak ele alınabilir.

4.4. Gelecekteki Araştırmalar

Bu konuda gelecekte yapılacak araştırmalarda daha büyük örneklemelerde yürütülmesinin ve demografik dağılım, yanlılık sorunlarının giderilmesinin önemine dikkat çekilmelidir. Özellikle yapılan diğer araştırmalarda anlamlı bir fark ya da ilişki bulunan ancak bu araştırmada bulunamayan değişkenler baz alınıp, yeterli koşullar sağlandığında literatüre önemli bir katkı sağlamak adına yeniden incelenebilir.

Kişilerin özellikle riskli algılayabilecekleri sorulara ilişkin yanıtlarının dürüstlüğünü öngörebilmek adına bu gibi bir araştırmanın yanında yanlılığı da ölçen bir aracın kullanılması önemli olabilir.

Bu araştırmada kumar oynama davranışı, alkol kullanımı ve madde kullanımını yordayan ortak psikopatolojik semptom dışmanlık olarak bulunmuştu. Gelecekte yapılacak araştırmalarda dışmanlık özelliği üzerinde daha fazla durulabilir ve neden kişileri bu davranışlara yonelttiğine ilişkin incelemeler yapılabilir. Ayrıca bu araştırmada alkol ve madde kullanımı, kullanılan ölçeklerin de doğrultusunda genel olarak ölçölmüştü ve hangi alkol ya da madde türlerinin tercih edildiğine ilişkin bir bilgi bilinmemektedir. Gelecek araştırmalarda özellikle hangi türlerin psikopatolojiye ve kumar oynama davranışına neden olduğuna ilişkin incelemeler yapılabilir.

Bu araştırma klinik olmayan bir örneklem üzerinde yapılmış bir araştırmadır. Araştırmada yer alan aynı değişkenler klinik popölyasyondan seçilerek oluşturulan bir örnekleme değerlendirilebilir ve iki grubun bulguları karşılaştırılabilir. Çıkan sonuçlar üzerinden önleyici programlar ve/veya tedavi seçenekleri oluşturulabilir.

4.5. Sonuç

Bu araştırma kişilerin psikopatolojik bulguları ile kumar oynama davranışı ve alkol ve madde kötüye kullanımı arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Araştırma sonuçlarına göre psikopatolojik bulgular ile kumar oynama davranışı ve alkol ve madde kötüye kullanımı pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, bazı psikopatolojik bulguların kumar oynama davranışı ve alkol ve madde kullanımını yordadığı bilgisine de ulaşılmıştır.



Kaynaklar

- Abdollahnejad, M. (2013). *Psychiatric disorders, cognitive distortions and substance use disorders in pathological gamblers* (Doctoral dissertation, School of Psychology, Faculty of Health Sciences, The University of Adelaide).
- Afifi, M. (2007). Gender differences in mental health. *Singapore medical journal*, 48(5), 385.
- Akvardar, Y., & Uçku, R. (2010). Alkol kullanım sorunları nasıl önlenir? Alkol kullanım bozukluklarının tanı ve tedavisinde kısa müdahale yaklaşımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11, 51-9.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, & Köroğlu, E. (2005). Başka bir yerde sınıflandırılmamış dürtü denetimi bozuklukları. In *DSM - IV - TR tanı ölçütleri başvuru elkitabı* (2nd ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Arcan, K. (2012). *Psychological predictors of problem gambling behaviors* (Unpublished doctoral dissertation). Middle East Technical University, Ankara, Turkey.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman and Co.
- Baron, E., & Dickerson, M. (1999). Alcohol consumption and self-control of gambling behaviour. *Journal of Gambling Studies*, 15(1), 3-15.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive approach. *Basic*, New York, b58.
- Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2004). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *European addiction research*, 11(1), 22-31.
- Black, D. W., & Moyer, T. (1998). Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. *Psychiatric Services*, 49(11), 1434-1439.
- Black, D. W., Monahan, P. O., Temkit, M. H., & Shaw, M. (2006). A family study of pathological gambling. *Psychiatry Research*, 141(3), 295-303.

- Bland, R. C., Newman, S. C., Orn, H., & Stebelsky, G. (1993). Epidemiology of pathological gambling in Edmonton. *The Canadian Journal of Psychiatry/La revue canadienne de psychiatrie*.
- Blaszczynski, A., Russell, A., Gainsbury, S., & Hing, N. (2016). Mental health and online, land-based and mixed gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 32(1), 261-275.
- Bussolotti, D., Fernández-Aranda, F., Solano, R., Jiménez-Murcia, S., Turón, V., & Vallejo, J. (2002). Marital status and eating disorders: an analysis of its relevance. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1139-1145.
- Çakıcı, M. (2012). The prevalence and risk factors of gambling behavior in Turkish Republic of Northern Cyprus. *ANADOLU PSIKIYATRI DERGİSİ- ANATOLIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 13(4), 243-249.
- Çakmak, S. S., & Ayvasik, H. B. (2007). Üniversite öğrencilerinde alkol kullanma nedenleri ile kaygı duyarlılığı arasındaki ilişki. *Türk Psikoloji Dergisi*, 22(60), 91-107.
- Cavion, L., Wong, C., & Zangeneh, M. (2008). Gambling. In *In the pursuit of winning* (pp. 95-117). Springer US.
- Clark, C., Nower, L., & Walker, D. M. (2013). The relationship of ADHD symptoms to gambling behaviour in the USA: results from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *International Gambling Studies*, 13(1), 37-51.
- Coventry, K. R., & Constable, B. (1999). Physiological arousal and sensation- seeking in female fruit machine gamblers. *Addiction*, 94(3), 425-430.
- Cronce, J. M., & Corbin, W. R. (2010). Effects of alcohol and initial gambling outcomes on within-session gambling behavior. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 18(2), 145.
- Cunningham-Williams, R. M., Cottler, L. B., Compton, W. M., Spitznagel, E. L., & Ben-Abdallah, A. (2000). Problem gambling and comorbid psychiatric and substance use disorders among drug users recruited from drug treatment and community settings. *Journal of Gambling Studies*, 16(4), 347-376.
- Daghestani, A. N., Elenz, E., & Crayton, J. W. (1996). Pathological gambling in hospitalized substance abusing veterans. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Delfabbro, P., & Thrupp, L. (2003). The social determinants of youth gambling in South Australian adolescents. *Journal of adolescence*, 26(3), 313-330.
- Duvarcı, I., & Varan, A. (2001). South oaks kumar tarama testi türkçe formu güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 34-45.

- Echeburúa, E., González-Ortega, I., de Corral, P., & Polo-López, R. (2013). Pathological gamblers and a non-psychiatric control group taking gender differences into account. *The Spanish journal of psychology*, 16, E2.
- Edens, E. L., & Rosenheck, R. A. (2012). Rates and correlates of pathological gambling among VA mental health service users. *Journal of Gambling Studies*, 28(1), 1-11
- Epözdemir, H. (2009). *Turkish standardization of the symptom assessment-45 questionnaire (SA-45)* (Doctoral dissertation, İstanbul Bilgi Üniversitesi).
- Evren, C., Karabulut, V., Can, Y., Bozkurt, M., Umut, G., & Evren, B. (2014). Predictors of outcome during a 6-month follow-up among heroin dependent patients receiving buprenorphine/naloxone maintenance treatment. *BCP*, 24(4), 311. doi:10.5455/bcp.20140310072258
- Frank, M. L., Lester, D., & Wexler, A. (1991). Suicidal behavior among members of Gamblers Anonymous. *Journal of Gambling Studies*, 7(3), 249-254.
- George, S., & Murali, V. (2005). Pathological gambling: an overview of assessment and treatment. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(6), 450-456.
- Getty, H. A., Watson, J., & Frisch, G. R. (2000). A comparison of depression and styles of coping in male and female GA members and controls. *Journal of gambling studies*, 16(4), 377-391.
- Govoni, R., Rupcich, N., & Frisch, G. R. (1996). Gambling behavior of adolescent gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 12(3), 305-317.
- Grant, B. F., Dawson, D. A., Stinson, F. S., Chou, P. S., Kay, W., & Pickering, R. (2003). The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-IV (AUDADIS-IV): reliability of alcohol consumption, tobacco use, family history of depression and psychiatric diagnostic modules in a general population sample. *Drug and alcohol dependence*, 71(1), 7-16.
- Grant, J. E., Kushner, M. G., & Kim, S. W. (2002). Pathological gambling and alcohol use disorder. *Alcohol Research and Health*, 26(2), 143-150.
- Green, C. A. (2006). Gender and use of substance abuse treatment services. *Alcohol Research and Health*, 29(1), 55.
- Griffiths, M. D. (2011). Adolescent gambling. In B. Bradford Brown & M. Prinstein (Eds.), *Encyclopedia of adolescence* (Vol. 3, pp. 11-20). San Diego, CA: Academic.
- Griffiths, M., Parke, J., & Wood, R. (2002). Excessive gambling and substance abuse: is there a relationship?. *Journal of Substance Use*, 7(4), 187-190.
- Griffiths, M., Wardle, H., Orford, J., Sproston, K., & Erens, B. (2010). Gambling, alcohol, consumption, cigarette smoking and health: Findings from the 2007

- British Gambling Prevalence Survey. *Addiction Research & Theory*, 18(2), 208-223.
- Gupta, R., & Derevensky, J. (1997). Familial and social influences on juvenile gambling behavior. *Journal of gambling studies*, 13(3), 179-192.
- Gupta, R., & Derevensky, J. L. (1998). Adolescent gambling behavior: A prevalence study and examination of the correlates associated with problem gambling. *Journal of gambling studies*, 14(4), 319-345.
- Hardoon, K. K., Gupta, R., & Derevensky, J. L. (2004). Psychosocial variables associated with adolescent gambling. *Psychology of addictive behaviors*, 18(2), 170.
- Hayer, T., & Griffiths, M. D., (2015). Gambling. In *Handbook of adolescent behavioral problems: Evidence-based approaches to prevention and treatment* (pp. 539-558). New York, NY: Springer.
- Hendriks, V. M., Garretsen, H. F., & van de Goor, L. A. (1997). A “parliamentary inquiry” into alcohol and drugs: a survey of psychoactive substance use and gambling among members of the Dutch parliament. *Substance use & misuse*, 32(6), 679-697.
- Hodgins, D. C., Mansley, C., & Thygesen, K. (2006). Risk factors for suicide ideation and attempts among pathological gamblers. *American Journal on Addictions*, 15(4), 303-310.
- Hraba, J., & Lee, G. (1996). Gender, gambling and problem gambling. *Journal of gambling studies*, 12(1), 83-101.
- Hraba, J., Mok, W., & Huff, D. (1990). Lottery play and problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 6(4), 355-377.
- Jimenez-Murcia, S., Stinchfield, R., Alvarez-Moya, E., Jaurrieta, N., Bueno, B., Granero, R., ... & Vallejo, J. (2009). Reliability, validity, and classification accuracy of a Spanish translation of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 25(1), 93-104.
- Kerber, C. S., Black, D. W., & Buckwalter, K. (2008). Comorbid psychiatric disorders among older adult recovering pathological gamblers. *Issues in Mental Health Nursing*, 29(9), 1018-1028.
- Kessler, R. C., Hwang, I., LaBrie, R., Petukhova, M., Sampson, N. A., Winters, K. C., & Shaffer, H. J. (2008). DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological medicine*, 38(09), 1351-1360.
- Kundu, P. V., Pilver, C. E., Desai, R. A., Steinberg, M. A., Rugle, L., Krishnan-Sarin, S., & Potenza, M. N. (2013). Gambling-related attitudes and behaviors in adolescents having received instant (scratch) lottery tickets as gifts. *Journal of Adolescent Health*, 52(4), 456-464.

- Ledgerwood, D. M., & Petry, N. M. (2006). Psychological experience of gambling and subtypes of pathological gamblers. *Psychiatry Research, 144*(1), 17-27.
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry, 144*(9).
- Lesieur, H. R., & Rosenthal, R. J. (1991). Pathological gambling: A review of the literature (prepared for the American Psychiatric Association task force on DSM-IV committee on disorders of impulse control not elsewhere classified). *Journal of gambling studies, 7*(1), 5-39.
- Lewis, P. T., Shipman, V. C., & May, P. A. (2011). Socioeconomic status, psychological distress, and other maternal risk factors for fetal alcohol spectrum disorders among American Indians of the northern plains. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research (Online), 17*(2), 1.
- Lightsey Jr, O. R., & Hulsey, C. D. (2002). Impulsivity, coping, stress, and problem gambling among university students. *Journal of Counseling Psychology, 49*(2), 202.
- Lindgren, H. E., Youngs Jr, G. A., McDonald, T. D., Klenow, D. J., & Schriener, E. C. (1987). The impact of gender on gambling attitudes and behavior. *Journal of Gambling Behavior, 3*(3), 155-167.
- Lloyd, J., Doll, H., Hawton, K., Dutton, W. H., Geddes, J. R., Goodwin, G. M., & Rogers, R. D. (2010). How psychological symptoms relate to different motivations for gambling: An online study of internet gamblers. *Biological psychiatry, 68*(8), 733-740.
- Lobo, D. S., & Kennedy, J. L. (2009). Genetic aspects of pathological gambling: a complex disorder with shared genetic vulnerabilities. *Addiction, 104*(9), 1454-1465.
- Magoon, M. E., & Ingersoll, G. M. (2006). Parental modeling, attachment, and supervision as moderators of adolescent gambling. *Journal of Gambling Studies, 22*(1), 1-22.
- Mark, M. E., & Lesieur, H. R. (1992). A feminist critique of problem gambling research. *British Journal of Addiction, 87*(4), 549-565.
- Martin, N. (2004). Mood disorders and problem gambling: cause, effect or cause for concern? A review of the literature. Retrieved from Mood Disorders Society of Canada website: [http://www. mooddisorderscanada. ca/page/research-papers-reports](http://www.mooddisorderscanada.ca/page/research-papers-reports).
- McConnell, K. M., Pargament, K. I., Ellison, C. G., & Flannelly, K. J. (2006). Examining the links between spiritual struggles and symptoms of

- psychopathology in a national sample. *Journal of clinical psychology*, 62(12), 1469- 1484.
- McCormick, J., Delfabbro, P., & Denson, L. A. (2012). Psychological vulnerability and problem gambling: an application of Durand Jacobs' general theory of addictions to electronic gaming machine playing in Australia. *Journal of Gambling Studies*, 28(4), 665-690.
- McCormick, R. A., & Taber, J. I. (1988). Attributional style in pathological gamblers in treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(3), 368.
- Merton, R. K. (1938). Social structure and anomie. *American sociological review*, 3(5), 672-682.
- Meyer, G., Hayer, T., & Griffiths, M. (Eds.). (2009). *Problem gambling in Europe: Challenges, prevention, and interventions* (Vol. 3). Springer Science & Business Media.
- Milosevic, A., & Ledgerwood, D. M. (2010). The subtyping of pathological gambling: A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 988-998.
- Momper, S. L., Delva, J., Grogan-Kaylor, A., Sanchez, N., & Volberg, R. A. (2010). The association of at-risk, problem, and pathological gambling with substance use, depression, and arrest history. *Journal of Gambling Issues*, 7-32.
- Moodie, C., & Finnigan, F. (2006). Prevalence and correlates of youth gambling in Scotland. *Addiction Research & Theory*, 14(4), 365-385.
- Moore, S. M., & Ohtsuka, K. (1997). Gambling activities of young Australians: Developing a model of behaviour. *Journal of Gambling Studies*, 13(3), 207-236.
- Multi-Health Systems Inc., & Strategic Advantage, Inc. (1998). *Symptom assessment-45 questionnaire (SA-45): Technical manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, Inc.
- National Opinion Research Center (1999). *Gambling impact and behavior study*. Chicago: University of Chicago.
- Newman, S. C., & Thompson, A. H. (2003). A population- based study of the association between pathological gambling and attempted suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(1), 80-87.
- Obot, I. S., & Room, R. (2005). Alcohol, gender and drinking problems perspectives from low and middle income countries. Retrieved from http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_gender_drinking_problems.pdf
- Ólason, D. T., Skarphedinsson, G. A., Jonsdottir, J. E., Mikaelsson, M., & Gretarsson, S. J. (2006). Prevalence estimates of gambling and problem gambling among

13-to 15-year-old adolescents in Reykjavík: An examination of correlates of problem gambling and different accessibility to electronic gambling machines in Iceland. *Journal of Gambling Issues*, 39-55.

- Ögel, K. (2010). *Sigara, alkol ve madde kullanım bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme*. İstanbul: Yeniden Yayınları.
- Parker, J. D., Summerfeldt, L. J., Taylor, R. N., Kloosterman, P. H., & Keefer, K. V. (2013). Problem gambling, gaming and Internet use in adolescents: Relationships with emotional intelligence in clinical and special needs samples. *Personality and Individual Differences*, 55(3), 288-293.
- Petry, N. M. (2000). Gambling problems in substance abusers are associated with increased sexual risk behaviors. *Addiction*, 95(7), 1089-1100.
- Petry, N. M., & Casarella, T. (1999). Excessive discounting of delayed rewards in substance abusers with gambling problems. *Drug and alcohol dependence*, 56(1), 25-32.
- Petry, N. M., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV Pathological Gambling and Other Psychiatric Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.[CME]. *The Journal of clinical psychiatry*, 66(5), 564-574.
- Raylu, N. & Oei, T (2001). Pathological gambling: a comprehensive review. *JAMA*, 286, 141-144.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption- II. *Addiction*, 88(6), 791-804.
- Shaffer, H. J., & Hall, M. N. (1996). Estimating the prevalence of adolescent gambling disorders: A quantitative synthesis and guide toward standard gambling nomenclature. *Journal of Gambling studies*, 12(2), 193-214.
- Shantna, K., Chaudhury, S., Verma, A. N., & Singh, A. R. (2009). Comorbid psychiatric disorders in substance dependence patients: A control study. *Industrial psychiatry journal*, 18(2), 84.
- Sinclair, H., Pasche, S., Pretorius, A., & Stein, D. J. (2015). Clinical profile and psychiatric comorbidity of treatment-seeking individuals with pathological gambling in South-Africa. *Journal of Gambling Studies*, 31(4), 1227-1243.
- Skokauskas, N., & Satkeviciute, R. (2007). Adolescent pathological gambling in Kaunas, Lithuania. *Nordic journal of psychiatry*, 61(2), 86-91.
- Solomon, M. B., & Herman, J. P. (2009). Sex differences in psychopathology: of gonads, adrenals and mental illness. *Physiology & behavior*, 97(2), 250-258.

- Specker, S. M., Carlson, G. A., Edmonson, K. M., Johnson, P. E., & Marcotte, M. (1996). Psychopathology in pathological gamblers seeking treatment. *Journal of Gambling Studies*, 12(1), 67-81.
- Spunt, B., Dupont, I., Lesieur, H., Liberty, H. J., & Hunt, D. (1998). Pathological gambling and substance misuse: A review of the literature. *Substance Use & Misuse*, 33(13), 2535-2560.
- Ste-Marie, C., Gupta, R., & Derevensky, J. L. (2006). Anxiety and social stress related to adolescent gambling behavior and substance use. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 15(4), 55-74.
- Tang, C. S. K., & Oei, T. P. (2011). Gambling cognition and subjective well-being as mediators between perceived stress and problem gambling: A cross-cultural study on White and Chinese problem gamblers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(3), 511.
- Thomsen, K. R., Callesen, M. B., Linnet, J., Kringelbach, M. L., & Møller, A. (2009). Severity of gambling is associated with severity of depressive symptoms in pathological gamblers. *Behavioural pharmacology*, 20(5-6), 527-536.
- Trudel, G., Dargis, L., Villeneuve, L., Cadieux, J., Boyer, R., & Prévile, M. (2013). Marital, sexual and psychological functioning of older couples living at home: The results of a national survey using longitudinal methodology (part one). *Sexologies*, 22(4), e101-e107.
- Vitaro, F., Arseneault, L., & Tremblay, R. E. (1997). Dispositional predictors of problem gambling in male adolescents. *The American journal of psychiatry*, 154(12), 1769-1770.
- Volberg, R. A., Gupta, R., Griffiths, M. D., Ólason, D. T., & Delfabbro, P. (2010). An international perspective on youth gambling prevalence studies. *International journal of adolescent medicine and health*, 22(1), 3-38.
- Waldron, I., Weiss, C. C., & Hughes, M. E. (1997). Marital status effects on health: Are there differences between never married women and divorced and separated women?. *Social Science & Medicine*, 45(9), 1387-1397.
- Wardle, H., Moody, A., Griffiths, M., Orford, J., & Volberg, R. (2011). Defining the online gambler and patterns of behaviour integration: Evidence from the British Gambling Prevalence Survey 2010. *International Gambling Studies*, 11(3), 339-356.
- Welte, J. W., Barnes, G. M., Wieczorek, W. F., & Tidwell, M. C. (2004). Simultaneous drinking and gambling: a risk factor for pathological gambling. *Substance use & misuse*, 39(9), 1405-1422.
- Whisman, M. A., Uebelacker, L. A., & Weinstock, L. M. (2004). Psychopathology and marital satisfaction: the importance of evaluating both partners. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(5), 830.

- Wiebe, J., Single, E., & Falkowski-Ham, A. (2003). Exploring the evolution of problem gambling: A one year follow-up study. *Ontario: Responsible Gambling Council*.
- Wills, T. A., & Shiffman, S. (1985). Coping and substance use: A conceptual framework. In S. Shiffman & T. A. Wills (Eds.), *Coping and substance use*, 3-24. San Diego, CA: Academic Press.



Ek A

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BASILI FORMLAR İÇİN)

Katılımcı İçin Bilgiler:

Tarih: /.... /....

Bu araştırma FMV Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji yüksek lisans programında okumakta olan İlkem Coşkun tarafından Yrd. Doç. Dr. Vicdan Yücel'in danışmanlığında yürütülmektedir. Araştırmanın amacı, kişilerin sahip olduğu psikopatolojilerin, kumar oynama davranışı ve alkol-madde kötüye kullanımı üzerinde etkisinin olup olmadığının incelenmesidir.

Bu amaçtan yola çıkarak katılımcı olarak sizden beklenen, size verilen formlardaki tüm soruları dikkatlice okumanız ve boş bırakmadan sizin için en doğru olan seçeneği işaretlemenizdir. Sorularda doğru ya da yanlış cevaplar yoktur bu nedenle sizin için en doğru seçeneği işaretlemeniz araştırma açısından önemlidir. Araştırmaya katılımlarınız durumunda sonuçlarınız, kişisel bilgileriniz saklı tutularak bilimsel amaçlarla kullanılacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul ediyorsanız lütfen aşağıdaki beyanı okuyunuz ve katılımlarınızı onaylıyor olduğunuza dair imzalayınız.

Katılımcının Beyanı:

FMV Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi İlkem Coşkun tarafından yürütülen bu araştırma hakkında verilen bilgileri okudum. Yapılan açıklamaları anlamış bulunuyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlı kullanılırken kişisel bilgilerimin saklı tutulacağı konusunda yeterli güven verilmiştir.

Bu koşullara göre söz konusu araştırmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

Tarih: /.... /....

Katılımcı İmza:

Tanık:

Araştırmacı:

Tanığın adresi:

İlkem Coşkun

Tanığın telefonu:

ilkemcoskun@yahoo.com.tr

Tanığın imzası:

Danışman:

Yrd. Doç. Dr. Vicdan Yücel

FMV Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

EK B

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ONLİNE FORMLAR İÇİN)

Katılımcı İçin Bilgiler:

Tarih: /.... /....

Bu araştırma FMV Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji yüksek lisans programında okumakta olan İlkem Coşkun tarafından Yrd. Doç. Dr. Vicdan Yücel'in danışmanlığında yürütülmektedir. Araştırmanın amacı, kişilerin sahip olduğu psikopatolojilerin, kumar oynama davranışı ve alkol-madde kötüye kullanımı üzerinde etkisinin olup olmadığının incelenmesidir.

Bu amaçtan yola çıkarak katılımcı olarak sizden beklenen, ilerleyen sayfalardaki formlardaki tüm soruları dikkatlice okumanız ve boş bırakmadan sizin için en doğru olan seçeneği işaretlemenizdir. Sorularda doğru ya da yanlış cevaplar yoktur bu nedenle sizin için en doğru seçeneği işaretlemeniz araştırma açısından önemlidir. Araştırmaya katılımınız durumunda sonuçlarınız kişisel bilgileriniz saklı tutularak bilimsel amaçlarla kullanılacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul ediyorsanız lütfen aşağıdaki beyanı okuyunuz ve katılımınızı onaylıyor olduğunuzu belirtmek adına "kabul ediyorum" seçeneğini işaretleyiniz.

Katılımcının Beyanı:

FMV Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi İlkem Coşkun tarafından yürütülen bu araştırma hakkında verilen bilgileri okudum. Yapılan açıklamaları anlamış bulunuyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlı kullanılırken kişisel bilgilerimin saklı tutulacağı konusunda yeterli güven verilmiştir.

Bu koşullara göre söz konusu araştırmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

Tarih: /.... /....

Katılımcı Onayı:

Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ☐

Araştırmacı:

İlkem Coşkun

ilkemcoskun@yahoo.com.tr

Danışman:

Yrd. Doç. Dr. Vicdan Yücel

FMV Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

EK C

Sosyodemografik Bilgi Formu (Basılı Form)

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: Kadın ☐ Erkek ☐ Diğer ☐ Belirtiniz _____

3. Medeni durumunuz:

Bekar ☐

İlişkisi var ☐

Evli ☐

Dul (Eşin ölümü) ☐

Dul (Boşanmış) ☐

4. Eğitim durumunuz:

İlkokul mezunu ☐

Ortaokul mezunu ☐

Lise mezunu ☐

Üniversite mezunu ☐

Yüksek lisans ve/veya doktora ☐

5. Lütfen hangi bölümü bitirdiğinizi yazınız:

6. Lütfen mesleğinizi yazınız:

7. Lütfen şu anki işinizi yazınız:

8. Şans oyunları / Kumar oynar mısınız?

Evet ☐

Hayır ☐

9. Evetse lütfen yazınız.

EK D

Sosyodemografik Bilgi Formu (Online Form)

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: Kadın ☐ Erkek ☐ Diğer ☐ Belirtiniz _____

3. Aşağıdakilerden hangisi bir gün adı değildir?

- | | |
|-----------|--------------------------|
| Perşembe | ☐ |
| Cuma | ☐ |
| Sakız | ☐ |
| Cumartesi | ☐ |

4. Medeni durumunuz:

- | | |
|------------------|--------------------------|
| Bekar | ☐ |
| İlişkisi var | ☐ |
| Evli | ☐ |
| Dul (Eşin ölümü) | ☐ |
| Dul (Boşanmış) | ☐ |

5. Eğitim durumunuz:

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| İlkokul mezunu | ☐ |
| Ortaokul mezunu | ☐ |
| Lise mezunu | ☐ |
| Üniversite mezunu | ☐ |
| Yüksek lisans ve/veya doktora | ☐ |

6. Lütfen hangi bölümü bitirdiğinizi yazınız:

7. Lütfen mesleğinizi yazınız:

8. Lütfen şu anki işinizi yazınız:

9. Şans oyunları / Kumar oynar mısınız?

Evet ☐

Hayır ☐

10. Evetse lütfen yazınız.



EK E

SEMPATOM TARAMA ÖLÇEĞİ (SA-45)

Zaman zaman karşılaştığımız problemlerin bir listesi aşağıda verilmiştir. Dikkatle okuduktan sonra bugün dahil son 7 gün boyunca bu problemlerin sizde yarattığı rahatsızlık veya gerginliğin derecesini en iyi tanımlayan sayıyı işaretleyin. Her sorun için sadece bir işaretleme yapın ve herhangi bir seçeneği atlamamaya özen gösterin.

Teşekkürler...

	Hiç	Az	Orta	Çok	Aşırı
1. Kendimi yalnız hissediyorum.....	1	2	3	4	5
2. Hüzünlüyüm.....	1	2	3	4	5
3. Hiçbir şey ilgimi çekmiyor.....	1	2	3	4	5
4. Korkuyorum.....	1	2	3	4	5
5. Başkalarının düşüncelerimi kontrol edebileceğini düşünüyorum.....	1	2	3	4	5
6. Sorunlarımın bir çoğu için başkalarını suçluyorum.....	1	2	3	4	5
7. Açık alanlarda veya sokakta korkuyorum.....	1	2	3	4	5
8. Başkalarının duymadığı sesler duyuyorum.....	1	2	3	4	5
9. Çoğu insanın güvenilmez olduğunu düşünüyorum.....	1	2	3	4	5
10. Sebepsiz yere birden bire korkuya kapılıyorum.....	1	2	3	4	5
11. Kontrol edemediğim öfke patlamaları yaşıyorum.....	1	2	3	4	5
12. Tek başıma evden çıkmaya korkuyorum.....	1	2	3	4	5

13. Diğer insanların kafamdaki düşüncelerin farkında olduğunu düşünüyorum.....	Hiç	Az	Orta	Çok	Aşırı
	1	2	3	4	5
14. İnsanların beni anlamadığını ve hislerimi paylaşmadığını düşünüyorum	1	2	3	4	5
15. İnsanların bana dostça yaklaşmadığını ve benden hoşlanmadığını düşünüyorum..	1	2	3	4	5
16. Düzgünlüğünden ve doğruluğundan emin olmak için işleri çok yavaş yapmak zorundayım.....	1	2	3	4	5
17. Kendimi diğerlerine göre daha aşağı hissediyorum.....	1	2	3	4	5
18. Adele ağrılarım var.....	1	2	3	4	5
19. Başkalarının beni gözetlediğini veya benim hakkımda konuştuğunu düşünüyorum.....	1	2	3	4	5
20. Yaptığımı tekrar tekrar kontrol ediyorum.....	1	2	3	4	5
21. Karar vermekte zorlanıyorum.....	1	2	3	4	5
22. Otobüs, metro veya trenle yolculuk yapmaktan korkuyorum.....	1	2	3	4	5
23. Sıcak basıyor veya soğuk soğuk terliyorum.....	1	2	3	4	5
24. Beni korkuttukları için belli şeyler, yerler ya da faaliyetlerden kaçınıyorum 1	2	3	4	5	
25. Zihnim birden boşalıyor.....	1	2	3	4	5
26. Vücudumun bazı kısımları uyuşuyor veya karıncalanıyor.....	1	2	3	4	5
27. Gelecek hakkında umutsuzum.....	1	2	3	4	5
28. Konsantre olmakta güçlük çekiyorum	1	2	3	4	5
29. Vücudumun bazı kısımlarında güçsüzlük hissediyorum.....	1	2	3	4	5
30. Kendimi gergin ya da tedirgin hissediyorum.....	1	2	3	4	5

	Hiç	Az	Orta	Çok	Aşırı
31. Kollarımda veya bacaklarımda ağırlık hissediyorum.....	1	2	3	4	5
32. İnsanlar bana baktıklarında veya benim hakkımda konuştuklarında kendimi rahatsız hissediyorum.....	1	2	3	4	5
33. Kendime ait olmayan düşüncelerim var.....	1	2	3	4	5
34. Birine vurma, incitme veya zarar verme isteği.....	1	2	3	4	5
35. Bir şeyleri kırma veya ezme isteği geliyor.....	1	2	3	4	5
36. İnsanlarla beraberken beni nasıl algılayacaklar diye tedirgin oluyorum	1	2	3	4	5
37. Alışveriş yerleri veya sinema gibi kalabalık yerlerde kendimi rahatsız hissediyorum.....	1	2	3	4	5
38. Korku veya panik nöbetleri yaşıyorum.....	1	2	3	4	5
39. İnsanlarla sık sık tartışıyorum	1	2	3	4	5
40. İnsanlar başarılarımı yeteri kadar takdir etmiyor.....	1	2	3	4	5
41. O kadar huzursuzum ki bir türlü yerimde duramıyorum.....	1	2	3	4	5
42. Kendimi değersiz hissediyorum	1	2	3	4	5
43. Bağırıyorum veya bir şeyler fırlatıyorum.....	1	2	3	4	5
44. İzin veririm insanların benden yararlanmak isteyeceklerini düşünüyorum	1	2	3	4	5
45. İşlediğim günahlar için cezalandırılmam gerektiğini düşünüyorum	1	2	3	4	5

EK F

SOUTH OAKS KUMAR TARAMA TESTİ (SOKTT) TÜRKÇE FORMU

Tarih: _____

1. Bugüne kadar aşağıdaki kumar çeşitlerinden hangilerini oynadığınızı belirtiniz. Her kumar çeşidi için üç cevaptan (“hiç”, haftada bir kereden az “veya” haftada bir kere veya daha fazla”) birini işaretleyiniz.

	Hiç	Haftada bir kereden az	Haftada bir kere veya daha fazla
At yarışı	☐	☐	☐
Parasına Kağıt Oyunları (yanık, poker gibi)	☐	☐	☐
Parasına Okey	☐	☐	☐
Parasına Zar Oyunları (barbut gibi)	☐	☐	☐
Horoz Dövüşü	☐	☐	☐
Spor-Toto veya Spor-Loto	☐	☐	☐
Sayısal-Loto	☐	☐	☐
Kazı-Kazan	☐	☐	☐
Milli Piyango	☐	☐	☐
Borsada Oynama	☐	☐	☐
Casino Oyunları	☐	☐	☐
Parasına Beceri İsteyen Oyunlar Oynama (Bilardo gibi)	☐	☐	☐
Yukarıda Belirtilmeyen Başka Kumar Çeşitleri (Lütfen Yazınız: _____)	☐	☐	☐

2. Bugüne kadar bir günde kumara yatırdığınız en fazla para ne kadardır?
_____TL

3. Hayatınızdaki insanlardan hangilerinin geçmişte veya halen kumar sorunu olduğunu işaretleyiniz:

- ☐ Baba ☐ Anne ☐ Kardeşler
☐ Büyük anne ve baba ☐ Eş veya partner ☐ Çocuklar
☐ Diğer akrabalar ☐ Arkadaş veya yaşamımdaki önemli başka biri

4. Kumar oynadığınızda, kaybettiğiniz parayı yeniden kazanmak için bir başka gün yine kumar oynamaya gider misiniz?

- ☐ Hiç gitmem
☐ Bazen giderim (kaybettiğim zamanların yarısından azında)
☐ Kaybettiğim çoğu zaman giderim
☐ Her kaybettiğimde giderim

5. Gerçekten kazanmıyorken, hatta kaybettiğinizde, hiç kumardan para kazandığınızı iddia ettiğiniz oldu mu?

- ☐ Asla
☐ Evet, kaybettiğim zamanların yarısının azında
☐ Evet, çoğu zaman

6. Bahis ve kumarla ilgili hiç sorunuz olduğunu düşünüyor musunuz?

- ☐ Hayır
☐ Evet, geçmişte fakat şimdi değil
☐ Evet

7. Hiç niyet ettiğinizden daha fazla kumar oynadığınız oldu mu?

- ☐ Evet, oldu ☐ Hayır, olmadı

8. Hiç insanların, sizin kabul edip etmediğinize bakmaksızın, bahis oynamanızı eleştirdikleri veya size kumar sorunuz olduğunu söyledikleri oldu mu?

- ☐ Evet, oldu ☐ Hayır, olmadı

9. Kumar oynamanızdan veya kumar oynadığınız zaman olanlardan dolayı hiç suçluluk duyduğunuz oldu mu?

- ☐ Evet, oldu ☐ Hayır, olmadı

10. Bahse girmeyi veya kumar oynamayı bırakmak istediğiniz ama bunu yapamayacağınızı düşündüğünüz oldu mu?

- ☐ Evet, oldu ☐ Hayır, olmadı

11. Bahis kağıtlarını, piyango biletlerini, kumar paralarını, kumar borçlarını veya diğer bahis veya kumar delillerini eşinizden çocuklarınızdan veya hayatınızdaki diğer önemli insanlardan hiç sakladığınız oldu mu?

- ☐ Evet, oldu ☐ Hayır, olmadı

12. Birlikte yaşadığınız insanlarla parayı nasıl harcadığınız konusunda hiç tartıştığınız oldu mu?

- ☐ Evet, oldu ☐ Hayır, olmadı

13. (Eğer yukarıdaki soruyu Evet diye cevaplandırdıysanız) Para konusundaki tartışmaların hiç sizin kumar oynamanız üzerinde yoğunlaştığı oldu mu?

- ☐ Evet, oldu ☐ Hayır, olmadı

14. Hiç birinden borç alıp kumar yüzünden borcunuzu ödeyemediğiniz oldu mu?

- ☐ Evet, oldu ☐ Hayır, olmadı

15. Bahis oynama veya kumar yüzünden hiç işinize veya okulunuza geç gittiğiniz ya da gitmediğiniz oldu mu?

- ☐ Evet, oldu ☐ Hayır, olmadı

16. Eğer kumar oynamak veya kumar borçlarını ödemek için borç aldıysanız, kimden veya nereden borç aldınız? (Lütfen işaretleyiniz)

- ☐ a. Evin parasından ☐ b. Akrabalarınızdan
☐ c. Bankalardan, borç veya kredi kuruluşlarından ☐ d. Kredi kartlarından
☐ e. Tefecilerden ☐ f. Şahsi veya ailevi eşya veya malları satma
☐ g. Arkadaş veya tanıdıklardan
☐ h. Altın, mücevher gibi birikimleri paraya çevirme ☐ j. Bahisçiye borçlanma
☐ k. Kumarhaneye (kahvehane ya da kulüp sahibine) borçlanma

EK G

ALKOL KULLANIM BOZUKLUKLARINI TANIMA TESTİ

Sorulara yanıtları aşağıda yer alan standart içki tanımlarına göre veriniz

Bir kadeh şarap = Bir standart içki

Bir tek rakı veya votka veya cin vb= Bir standart içki

Bir bardak bira= Bir standart içki

1. Alkollü içecekleri ne sıklıkta kullanırsınız?

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Ayda bir veya daha az
- ☐ Haftada bir veya daha az
- ☐ Haftada 2-4 kez
- ☐ Haftada 5 kez veya daha fazla

2. Alkol aldığınız zaman günde kaç standart içki içersiniz?

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3-4
- ☐ 5-6
- ☐ 7 ve daha fazla

3. Bir seferde 6 veya daha fazla standart içki içme sıklığınız?

- ☐ Hiç bir zaman
- ☐ Ayda bir kezden az
- ☐ Her ay
- ☐ Her hafta
- ☐ Her gün veya yaklaşık her gün

4. Geçtiğimiz yıl içinde kaç kez içmeye başladıktan sonra alkol alımını durduramadınız?

- ☐ Hiç bir zaman
- ☐ Ayda bir kezden az

- ☐ Her ay
- ☐ Her hafta
- ☐ Her gün veya yaklaşık her gün

5. Geçen yıl içinde alkollü içki içmeniz nedeniyle normalde sizden bekleneni yapmakta kaç kez başarısız oldunuz?

- ☐ Hiç bir zaman
- ☐ Ayda bir kezden az
- ☐ Her ay
- ☐ Her hafta
- ☐ Her gün veya yaklaşık her gün

6. Geçen yıl fazla alkollü içki içtiğiniz bir gecenin sabahında kendinize gelebilmek için alkollü bir içki almanız kaç kez gerekti?

- ☐ Hiç bir zaman
- ☐ Ayda bir kezden az
- ☐ Her ay
- ☐ Her hafta
- ☐ Her gün veya yaklaşık her gün

7. Geçen yıl kaç kez alkollü bir içki içtikten sonra suçluluk veya pişmanlık duyduğunuz oldu?

- ☐ Hiç bir zaman
- ☐ Ayda bir kezden az
- ☐ Her ay
- ☐ Her hafta
- ☐ Her gün veya yaklaşık her gün

8. Geçen yıl içinde ne sıklıkta alkollü içki içtiğiniz için ertesi sabah bir önceki gece olanları hatırlayamadınız?

- ☐ Hiç bir zaman
- ☐ Ayda bir kezden az
- ☐ Her ay
- ☐ Her hafta
- ☐ Her gün veya yaklaşık her gün

9. Siz veya bir başkası sizin alkol almanız yüzünden yaralandı mı?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet, fakat geçen yıl değil
- ☐ Evet, geçen yıl içinde

10. Bir arkadaşınız, bir doktor veya başka bir sağlık çalışanı size alkol almayı kesmenizi önerdi mi?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet, fakat geçen yıl değil
- ☐ Evet, geçen yıl içinde



EK H

Burada maddeler hakkında birkaç soru vardır. Lütfen mümkün olduğunca doğru ve dürüst bir şekilde sizin için hangi cevabın doğru olduğunu belirterek cevaplayın.

1. Alkol dışındaki diğer maddeleri ne sıklıkla kullanıyorsunuz? Aşağıdaki madde listesinden bakınız.

- ☐ Asla
- ☐ Ayda bir kez ya da daha az sıklıkla
- ☐ Ayda 2 ila 4 kez
- ☐ Hafta 2 ila 3 kez
- ☐ Haftada 4 ya da daha sık

2. Bir çeşitten fazla maddeyi aynı anda kullanıyor musunuz?

- ☐ Asla
- ☐ Ayda bir kez ya da daha az sıklıkla
- ☐ Ayda 2 ila 4 kez
- ☐ Hafta 2 ila 3 kez
- ☐ Haftada 4 ya da daha sık

3. Madde kullandığınız zaman tipik bir günde kaç defa madde alıyorsunuz?

- ☐ 0
- ☐ 1-2
- ☐ 3-4
- ☐ 5-6
- ☐ 7 ve daha fazla

4. Maddeden ne sıklıkta aşırı derecede etkileniyorsunuz?

- ☐ Asla
- ☐ Ayda birden daha az sıklıkta
- ☐ Her ay
- ☐ Her hafta
- ☐ Her gün veya hemen hemen her gün

5. Geçen yıl süresince, maddeye karşı duyduğunuz isteğin, karşı koyamayacak kadar kuvvetli olduğunu hissettiniz mi?

- ☐ Asla
- ☐ Ayda birden daha az sıklıkta
- ☐ Her ay
- ☐ Her hafta
- ☐ Her gün veya hemen hemen her gün

6. Geçen yıl süresince, maddeleri kullanmaya başladığınızda almayı durduramadığınız oldu mu?

- ☐ Asla
- ☐ Ayda birden daha az sıklıkta
- ☐ Her ay
- ☐ Her hafta
- ☐ Her gün veya hemen hemen her gün

7. Geçen yıl süresince, ne sıklıkta madde alıp daha sonra yapmanız gereken bir şeyi ihmal ettiniz?

- ☐ Asla
- ☐ Ayda birden daha az sıklıkta
- ☐ Her ay
- ☐ Her hafta
- ☐ Her gün veya hemen hemen her gün

8. Geçen yıl süresince, aşırı madde kullandığınız bir günden sonraki sabah madde almaya ne sıklıkta ihtiyacınız oldu?

- ☐ Asla
- ☐ Ayda birden daha az sıklıkta
- ☐ Her ay
- ☐ Her hafta
- ☐ Her gün veya hemen hemen her gün

9. Geçen yıl süresince, madde kullandığınız için ne sıklıkta suçluluk duygularınız oldu ya da vicdan azabı çektiniz?

- ☐ Asla
- ☐ Ayda birden daha az sıklıkta
- ☐ Her ay
- ☐ Her hafta
- ☐ Her gün veya hemen hemen her gün

10. Madde kullandığınız için siz ya da bir başkası zarar gördü mü (ruhsal ya da fiziksel olarak)?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet, fakat geçen yıl içinde değil
- ☐ Evet, geçen yıl içinde

11. Bir akraba ya da arkadaş, bir doktor ya da hemşire, ya da herhangi birinin madde kullanımınız konusunda endişelendiği ya da madde kullanmayı durdurmanız gerektiğini söylediği oldu mu?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet, fakat geçen yıl içinde değil
- ☐ Evet, geçen yıl içinde

MADDELERİN LİSTESİ (DİKKAT! ALKOL DEĞİL)

Soruları bu listedeki maddeleri baz alarak yanıtlayınız.

Esrar

Marijuana
Kannabis
Joint
Kubar
Ot
Haşış
Bonzai

Amfetaminler

Khat
Concerta
Ritalin (Metilfenidat)

Dekstroamfetamin
Metamfetamin
Captagon (Fenetilin)
Dexedrine
Modiodal (Modafinil)

Kokain

Taş (crack)
Freebase

Opiatlar

Koreks
Eroin
Opium
Haşhaş
Afyon sakızı
Morfin
Kodein

Halusinojenler

Ecstasy (MDMA)
LSD (Liserjik asit)
Meskalin (Kaktüs)
PCP (Melek tozu) (Fensiklidin)
Psilosibin (Sihirli mantar)
Ketamin
Ketalar
DMT (Dimetiltriptamin)

Diğerleri

GHB (Gama Hidroksi Bütürat)
Anabolik steroidler
Gülme gazı (Halotan)
Amil nitrat (Poppers)
Antikolinerjikler
Akineton (Biperiden)
Maraş otu
Boru otu (Güzel avrat otu)

Uçucular/İnhalantlar

Tiner
Soğutucu sprey (Trikloretilen)
Benzin/petrol
Gaz
Bally
LPG (Çakmak gazı)

HAPLAR-İLAÇLAR

Aşağıdaki durumlarda haplar madde olarak sayılır:

- fazla aldığınızda ya da doktorunuzun size reçete ettiğinden daha sık aldığınızda
- hapları eğlenmek, iyi hissetmek, "kafayı bulmak" istediğiniz ya da sizde nasıl bir etki yapacaklarını merak ettiğiniz için aldığınızda
- akraba ya da arkadaştan aldığınız haplar
- "kara borsa"dan ya da çalınmış haplar satın aldığınızda

UYKU HAPLARI / SEDATİFLER

Alprazolam	Klordiazepoksid
Xanax	Klorazepat Dipotasyum
Diezepam	Fenobarbital
Diazem	Luminal
Nervium	Difenhidramin
Zopiklon	Hidroksizin
Imovane	Atarax
Meprobamate	Flunitrazepam
Danitrin	Rohypnol (Roş)
Klonozepam	
Rivotril	
Lorazepam	
Ativan	

Ağrı Kesiciler

Buprenorfin	Jurnista
Suboxone	Petidin
Temgesic	Aldolan
Fentanil	Profenid
Durogesic	Benzidamin
Actiq	Tantum
Kodein	
Dekstrometorfan	
Tramadol	
Contramal	
Parasetamol	
Hidromorfon	

Haplar eğer doktor tarafından reçete edildiye ve reçetelendirilen dozda kullandıysanız madde olarak SAYILMAZ.

Özgeçmiş

İlkem Coşkun 16 Ocak 1991 yılında İstanbul’da doğdu. 2013 yılında Işık Üniversitesi Psikoloji Bölümü’nden mezun oldu. 2016 yılında Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı’nı tamamladı. 2013 yılından bu yana DBE Davranış Bilimleri Enstitüsü’nde psikolog ve proje asistanı olarak çalışmaktadır. İlgilendiği alanlar travma, anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozukluklarıdır.