



**T.C**

**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANADOLU BÖLGESİ'NDE KUMAR BAĞIMLILIĞININ  
PSİKOLOJİK SEMPTOMLARLA OLAN İLİŞKİSİNİN  
İNCELENMESİ**

**Sena ÇALIN**

**TEZ DANIŞMANI**

**Doç. Dr. F. Gökben HIZLI SAYAR**

**İstanbul, 2019**

**T.C**  
**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANADOLU BÖLGESİ'NDE KUMAR BAĞIMLILIĞININ**  
**PSİKOLOJİK SEMPTOMLARLA OLAN İLİŞKİSİNİN**  
**İNCELENMESİ**

**Sena ÇALIN**

**174102035**

**TEZ DANIŞMANI**  
**Doç. Dr. F. Gökben HIZLI SAYAR**

**İstanbul, 2019**



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI**

**GENEL BİLGİLER**

Öğrenci No	: 174102035
Öğrenci Adı Soyadı	: Sena Çalın
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Doç.Dr.Gökben Hızlı Sayar
Tezin Başlığı	: Anadolu Bölgesi'nde Kumar Bağımlılığının Psikolojik Sempmtomlarla Olan İlişkisinin İncelenmesi

**TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI**

Toplantı Tarihi	: 29/05/2019	Saati	: 14:00
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="checkbox"/> OY BIRLIGI <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU			
<input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez <b>KABUL</b> edilmiştir.			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin <b>DÜZELTİLMESİ</b> için ..... ay <b>EK SÜRE</b> verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin <b>REDEDEDİLMESİ</b> kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi.	<input type="checkbox"/> Değişti.	
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="checkbox"/> OY BIRLIGI ile <b>REDEDEDİLMİŞTİR.</b>			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Doç. Dr. Gökben Hızlı Sayar	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin Ünübol	
Üye	Doç.Dr. Korkut Ulucan	

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum ‘‘Anadolu Bölgesi’nde Kumar Bağımlılığının Psikolojik Semptomlarla Olan İlişkisinin İncelenmesi’’ adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih:

.../.../2019

Sena ÇALIN

İmza :

## ÖNSÖZ

Öncelikle; milletine olan inancımı hiç yitirmeyen, bütün gençliğini mücadeleye ve vatan hizmetine adayan, bize bu güzel ülkeyi armağan ederken bilimsel ve öğretici kitaplar bırakan ve yeni nesile güvenen Mustafa Kemal Atatürk'e teşekkür ederim.

'Yüksek lisans yöntem kazanmaktır' ifadesiyle mesleğime yön verme inancını sağlayan ve birçok öğretisi ile bu mesleğe gönül vermeme katkıda bulunan merhum hocam Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Bayhan Üge' ye ve alanımda nörolojik ve fizyolojik yönleri tanımamı sağlayıp bilime olan sevgimi daha da arttıran Prof. Dr. Öget Öktem Tanör'e teşekkür ederim

Bütün TURBAHAR araştırması sürecinde bizlerle daima iletişim halinde olan ve bilime katkı sağlarken yolumuzu aydınlatan Doç Dr. Gökben Hızlı Sayar ve Dr.Öğr. Üyesi Hüseyin Ünübol hocalarıma ve yüksek lisansın kazandırdığı güzel dostum Mine Sütcü'ye ve yine aynı şekilde arkadaşlarım Sezer Akşit , Merve Paçacı ve Burak İyidir 'e teşekkür ederim.

Bana Mendeley programını sabırla anlatıp, öğrettiği için Dr.Volkan Ateş'e teşekkür ederim. Bu program sayesinde alıntıları hatasız bir şekilde yapabildim.

Yüksek Lisans yapıyorken ve güzel hayalleri varken , o kötü hastalığın bizden aldığı, güzel arkadaşım Tutku Cemtekin'i sevgi ve özlemlerle anıyorum. Unutulmuyorsun.Huzurla uyu.

Maddi ve manevi desteğini hiç esirgemeyen, tezimi yazarken daima yol gösteren ve bitireceğime olan inancımı taze tutan, bilime katkıda bulunan ve çocukken bilime ,insanlığa ,sevgiye olan inancımı geliştiren sevgili babam Prof.Dr. Recep Çalın'a, anlayışı,güler yüzü ve desteğiyle bize olan güvenini her daim hissettiren her daim iyi anne olmuş sevgili annem Nur Çalın'a ve her ne kadar anlaşmazlıklarımız olsa da varlığına mutlu olduğum kardeşim Hasan Çalın'a ve diğer aile üyelerime teşekkür ederim.

**Sena ÇALIN, Klinik Psikoloji, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul-2019**  
**Anadolu Bölgesi'nde Kumar Bağımlılığının Psikolojik Semptomlarla**  
**Olan İlişkisinin İncelenmesi**

**ÖZET**

Bu araştırma, Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası Çalışması kapsamında, Anadolu Bölgesi'nde yaşayan kişilerin kumar bağımlılığı ve psikolojik semptomlarla arasında ki ilişki incelenmiştir. Araştırma Anadolu Bölgesi'nden 6000 kişinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmada ölçüm araçları olarak Sosyo-Demografik Veri Formu, Davranış Etkileme Yüğü Formu ve Kısa Semptom Envanteri kullanılmıştır. Araştırma betimsel ve karşılaştırmalı analiz yöntemlerini kapsayan nicel araştırma yöntemleri kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın sonucunda; standartlaşmış regresyon katsayılarına göre yordayıcı değişkenlerin kumar bağımlılığı üzerindeki görelî önem sırası şu şekildedir; cinsiyet ,anksiyete, somatizasyon, depresyon, hostilete, çocuk sayısı ve medeni durum.

Sonuçları değerlendirdiğimizde kadınların kumar oynama oranı erkeklere oranla daha düşük bulunmuştur. Kumar bağımlılığı saptanan kişilerin ; anksiyete , somatizasyon,depresyon ve hostilete semptomlarının yüksek olduğu saptanmış olup aynı şekilde çocuk sayısı ve medeni durumda da anlamlı bir ilişki saptanmıştır.Sonuç olarak psikolojik semptomlar ve sosyodemografik özellikler ve kumar bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Araştırmada sonucunda ulaşılan bulguların, ilerleyen dönemlerde ülke ve bölge çapında bağımlılık üzerine yapılacak çalışmaların değişkenlerinin oluşturulmasında katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Kumar Bağımlılığı, Psikolojik Semptomlar, Sosyodemografik Özellikler, Anadolu Bölgesi

Examining the correlation Between Psychological Symptoms and Gambling Addiction  
in Anatolian Region

**ABSTRACT**

In this thesis, in the context of scientific study which is named "Turkey Addiction and Mental Health Risk Profile Map Study", the correlations between gambling addiction and psychological symptoms with people living in the Anatolian region were investigated. In this study, socio-demographic data form, behavior influence load form and brief symptom inventory were used as measurement tools. The research was carried out using quantitative research methods including descriptive and comparative analysis methods.

As a result of the study, according to standardized regression coefficients, the relative importance of predictive variables on gambling addiction is as follows; gender, anxiety, somatization, depression, hostility, number of children and marital status. One of the significant results of the study shows that women's gambling rate was lower than men. Among people who have gambling addiction; the symptoms of anxiety, somatization, depression, and hostility were seen to be high and also a significant correlation was found in the number of children and marital status. As a result, it is seen that there is a significant relationship was found between psychological symptoms, socio-demographic characteristics and gambling addiction.

It is thought that the findings obtained in the research will contribute to the studies to be conducted on the dependence on the country and region in the following periods and contribute to the formation of the variables to be examined in future.

**Keywords:** Gambling Addiction, Psychological Symptoms, Socio-Demographic Characteristics, Anatolian Region

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
<b>YEMİN METNİ</b> .....	i
<b>ÖNSÖZ</b> .....	ii
<b>ÖZET</b> .....	iii
<b>ABSTRACT</b> .....	iv
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	v
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	viii
<b>KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	ix
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Araştırmanın Amacı .....	2
1.2. Araştırmanın Problemi .....	2
1.3. Hipotezler .....	2
1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	3
1.5. Araştırmanın Sayıltıları .....	3
<b>2. BÖLÜM II</b> .....	4
<b>KURAMSAL ÇERÇEVE İLE İLGİLİ ÇALIŞMALAR</b> .....	4
2.1. Kumar .....	4
2.1.1. Tanımı ve Özellikleri .....	4
2.1.2. Bağımlılık .....	5
2.1.3. Kumar Bağımlılığı .....	6
2.1.4. Kumar'ın Tarihçesi .....	9
2.1.5. Tanı Kriterleri .....	10
2.1.6. Nedenleri.....	11
2.2. Psikolojik Semptomlar .....	13

2.2.1. Tanımı .....	13
2.3. Psikolojik Semptomları Değerlendirme Ölçekleri .....	13
2.3.1. Kısa Semptom Envanteri .....	15
2.3.1.1. Anksiyete .....	16
2.3.1.2. Depresyon .....	16
2.3.1.3. Olumsuz Benlik.....	16
2.3.1.4. Somatizasyon .....	17
2.3.1.5. Hostilite .....	17
2.3.2. Kumar Bağımlılığı ve Psikolojik Semptomlar.....	17
2.4. ANADOLU BÖLGESİ ÖZELLİKLERİ.....	18
<b>3. YÖNTEM</b> .....	19
3.1. Araştırmanın Amacı .....	19
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	19
3.2.1. Araştırmanın Prosedürü .....	20
3.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları .....	21
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu .....	21
3.3.2. Kısa Semptom Envanteri .....	21
3.3.3. Davranış Etkileme Yüğü Formu .....	22
3.3.4. Verilerin Analizi .....	22
<b>4. BULGULAR</b> .....	23
4.1. Anadolu Bölgesi (İç Anadolu ve Doğu Anadolu) Regresyon Analizi Sonuçları.....	23
4.2. Anadolu Bölgesinde Kumar Bağımlılığının Anksiyete, Depresyon, Hostilite, Olumsuzluk Benlik ve Somatizasyon Puanlarına Göre İncelenmesi .....	25
4.3. İç Anadolu ve Doğu Anadolu Bölgesinde Kumar Bağımlılığının Cinsiyete Göre İncelenmesi.....	29
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	31

<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	34
<b>KAYNAKÇA</b> .....	36
<b>EKLER</b> .....	42
<b>Ek 1. Onam Formu</b> .....	42
<b>Ek 2. Sosyo-Demografik Soru Formu</b> .....	45
<b>Ek 3. Davranış Etkileme Yüğü Formu</b> .....	47
<b>Ek 4. Kısa Semptom Envanteri</b> .....	51
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	55



## TABLolar DİZİNİ

### Sayfa

<b>Tablo 1.</b> Anadolu Bölgesinde Kumar Bağımlılığını Yordayan Değişkenlerin Regresyon Analizi.....	23
<b>Tablo 2.</b> Anadolu Bölgesinde Kumar Bağımlılığını Yordayan Değişkenlerin B, $\beta$ Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyleri .....	23
<b>Tablo 3.</b> Anadolu Bölgesinin Kumar Bağımlılığına göre Anksiyete, Depresyon, Hostilite, Olumsuzluk Benlik ve Somatizasyon Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	25
<b>Tablo 4.</b> Kumar Bağımlılığı Düzeyine Göre Anksiyete, Depresyon, Hostilite, Olumsuzluk Benlik ve Somatizasyon Puanlarına İlişkin ANOVA Sonuçları .....	26
<b>Tablo 5.</b> İç Anadolu Bölgesi'nin Betimleyici İstatistikleri ve Bağımsız Gruplar için T-Testi Sonuçları .....	29
<b>Tablo 6.</b> Doğu Anadolu Bölgesi'nin Betimleyici İstatistikleri ve Bağımsız Gruplar için T-Testi Sonuçları.....	29

## KISALTMALAR

KSE	KISA SEMPTOM ENVANTERİ
PKO	PATOLOJİK KUMAR OYNAMA
TURBAHAR	Türkiye Bağımlılık Risk Profili Ve Ruh Sağlığı Haritası



## GİRİŞ

Türk Dil Kurumun tanımına göre “ortaya para koyarak oynanan talih oyunu” olarak ifade edilen kumar, kanun koyucu tarafından da ayrıca tanımlanmıştır. TCK’nın 228/4. maddesinde kumar şu şekilde açıklanır, “Ceza Kanununun uygulanmasında kumar, kazanç amacıyla icra edilen ve kar ve zararın talihe bağlı olduğu oyunlardır.” (Karakehya, 2013). Kumar oynamanın kimi kişilerde nasıl kumar bağımlılığı çizgisine geçtiğini (Parke & Griffiths, 2004). Araştırmalarında geçen ‘Bir kumarbaz, kumar durumunda verdikleri sabit ödüller veya takviyeler nedeniyle bağımlı hale gelebilir.’ Sözlere ile anlamak mümkündür. Kumar, yalnızca sorunlara sebep olacak seviyeye gelince hastalık sayılan, yaşamda ki çoğu şey gibi oldukça sık görülen bir davranış türüdür. Patolojik kumar oynama ve madde kullanımına bakıldığında, iki türün de beyindeki ödül merkezlerini (ventral striatum) harekete geçirmesi (Dopamin salgılanması) yönünden benzer yanlarının fazla olduğu görülmüştür. DSM-5’te kumar oynama bozukluğunun bu kısma aktarılmasının nedeni budur (Morrison, 2016).

Yapılan bu çalışmada ise kumar bağımlılığı ve psikolojik semptomlar (Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon, Hostilite) arasındaki ilişki incelenecektir. Patolojik kumar oynama çok sayıda psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlara neden olan bir dürtü denetim bozukluğudur. Patolojik kumar oynamanın ortaya çıkışı ve yaygınlaşmasında genetik, sosyolojik ve biyokimyasal ve bilişsel faktörler rol oynamaktadır (DEMET, 2009). Patolojik kumar oynama olarak, psikiyatri terminolojisinde bahsi geçen kumar bağımlılığı, sadece bireyi değil, bireyin yakın çevresinin yaşamını olumsuz etkilemektedir. Devam eden bir bozukluktur ve zamanla sürekli olarak ilerler. Patolojik kumar oynama neticesinde fazla miktarda para kaybına neden olarak maddi sıkıntıları da beraberinde getirecektir. Bu olaylar neticesinde bireyin ve ailesinin psikiyatrik ve genel sağlık sorunlarının ortaya çıkması olasıdır (Kalyoncu, Ö. A., Pektaş, Ö., & Mırsal, 2003).

Bu görüşle benzer bir diğer çalışmada da; Patolojik kumar oynama, sürekli devam eden ve yineleyen bir şekilde kumar oynama davranışı olmakla birlikte, aile, sosyal ve iş hayatını derinden etkileyen ve ciddi kayıplara sebep olabilen bir ruhsal bozukluktur. Bu

bozukluk beraberinde , iş hayatında büyük maddi kayıplara, aile yaşamında sorunlara ,yasalara ters düşmeye , suça yönelik eylemlere ve intihar denemelerine kadar uzanarak kişinin bireysel ve sosyal yaşamını tehdit eder hale gelebilmektedir (Güriz, Ekinci, & Türkçapar, 2012). Çalışmamız Anadolu Bölgesinde taranacak olan insanların, kumar bağımlılığı ve psikolojik semptomları arasında ki ilişkiyi incelemeye yönelik bir araştırmadır.

### **1.1. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası Çalışmasında Anadolu bölgesinde taranacak olan bireylerin kumar bağımlılığının psikolojik semptomlarla olan ilişkisinin incelenmesini amaçlamaktadır.

Ayrıca bu çalışma kapsamında cinsiyet, eğitim düzeyi, sahip olunan çocuk sayısı, yaş ve medeni durumun kumar bağımlılığı ile psikolojik semptomların arasındaki ilişkisinin saptanması hedeflenmiştir. Bu araştırmadan elde edilen veriler, Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası çalışmasına katkı sağlayacak bölgesel çalışmalardan bir tanesi olarak belirlenmiştir.

### **1.2. Araştırmanın Problemi**

Araştırmanın problemi 'Kumar bağımlılığı olan bireylerde psikolojik semptomların incelenmesi' olarak tanımlanmaktadır.

### **1.3. Hipotezler**

H:1 Kumar bağımlılığı ile psikolojik semptomlar arasında anlamlı bir ilişki vardır

H:2 Anadolu Bölgesi'nde ki Kumar Bağımlılığı özellikleri, sosyodemografik özelliklerle farklılık göstermektedir.

#### **1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları**

1.Araştırma Anadolu bölgesinde bulunan 18-65 yaş arası 6000 kişinin cevapları ile sınırlıdır.

2.Araştırmanın amacına yönelik kumar bağımlılığı ve psikolojik semptomları inceleyen ; Sosyodemografik Form , Davranış Etkileme Yüku Formu ve Kısa Semptom Envanteri ölçeklerine verilen cevaplar ve analizler neticesinde çıkan sonuçlar ile sınırlıdır.

#### **1.5. Araştırmanın Sayılıları**

1.Araştırmaya katılan kişilerin uygulanan ölçeklere güvenilir yanıtlar verdiği varsayılmaktadır.

2.Araştırmada Anadolu bölgesinde ki katılımıcıların dağılımının genel evreni temsil edebileceği varsayılmaktadır.

3.Araştırmada kullanılan , Kısa Semptom Envanteri , Sosyodemografik Veri Formu ve Davranış Etkileme Yüku Formu ölçeklerinin güvenilir sonuçlar sağladığı varsayılmaktadır.

## 2. BÖLÜM II

### KURAMSAL ÇERÇEVE İLE İLGİLİ ÇALIŞMALAR

#### 2.1. Kumar

##### 2.1.1. Tanımı ve Özellikleri

Psikoloji, tıp, sosyoloji ve hukukun merceği altına alınan kumar, bu alanların incelediği geniş bir kavramdır. Kumarda kaybeden kişi ya da tarafların, yaşadığı maddi kayıplar nedeniyle ailesel, psikolojik, sosyolojik sorunlar ortaya çıkmaktadır.

Kumarı kazanan tarafa bakıldığında ise yaşamış olduğu galibiyet sebebi ile ortaya çıkan haz duygusu ve maddi kazancın da etkisi ile bu kişilerde kumara karşı bir bağımlılık geliştiği gözlenmektedir. Bu bağımlılık neticesinde başka oyunlarda kaybedebilmeyi göze alarak belli maddi kayıplar yaşamaktadırlar. Bu nedenle kumarın maddi ve manevi zararlara yol açtığı gözlemlenmektedir (Babayiğit, 2018).

Türk Dil Kurumunun tanımına göre“ortaya para koyarak oynanan talih oyunu” olarak ifade edilen kumar, kanun koyucu tarafından da ayrıca tanımlanmıştır. TCK'nın 228/4. maddesinde kumar şu şekilde açıklanır , “Ceza Kanununun uygulanmasında kumar, kazanç amacıyla icra edilen ve kar ve zararın talihe bağlı olduğu oyunlardır.” 1889 tarihinde İtalyan Zanardelli Kanunu'ndan alıntılanmış olan ve daha önceki zamanlar da yürürlükte bulunan 765 s. TCK'nın 569. maddesinde ise kumar şu şekilde tanımlanmaktadır ; “Ceza Kanununun tatbikinde kumar, kazanç kastiyle icra kılınıp kar ve zarar baht ve talihe bağlı bulunan oyunlardır.” Bu örneklerde ki tanımlara bakıldığında, bahsi geçen iki kanunda da kumarın tanımı birbirine benzerlik göstermektedir.

Yürürlükte yer alan 5237 özet sayılı TCK'nın düzenlemesine baktığımızda kumarın ilk olarak görülen iki ayırıcı özelliği olduğu görülmektedir. İlk olarak fiili gerçekleştirecek kişinin bu fiilden kazanç sağlamakta oluşudur. İkincisi ise kazancın ya da kaybın şansa dayalı olmasıdır.

Kumarda kazanç elde etme olarak tanımlanan kazancın maddi bir kaynağı işaret etmesi gerekir. Aksi takdirde sadece manevi bir kaynak için hareket edilmesi kumar olarak değerlendirilmez (Karakehya, 2013).

### **2.1.2. Bağımlılık**

Bağımlılık , beyinde oluşan bir çeşit değişiklikten kaynaklanan , biyolojik ve davranışsal bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Mevcut nöro adaptasyonlara, süregelen maruz kalma durumundan kaynaklanmaktadır (PREYDE & ADAMS, 2008).

Yapılan bir başka çalışmada da ; bağımlılık , stres koşullarını azaltmak için kişi tarafından zamanla edinilen bağımlı bir durum olarak tanımlanmaktadır. Birbiriyle ilişkili iki faktör kümesi, insanları bağımlılıklara yatkın hale getirir. Bunlar : anormal bir fizyolojik dinlenme hali ve derin bir yetersizlik duygusu üreten çocukluk deneyimleri. Tüm bağımlılıklar benzer bir üç aşamalı rotayı takip etmek için varsayılır (Jacobs, 1986).

Bağımlılık ile alışkanlığın kıyaslanılmaması gerekmektedir. Alışkanlığa baktığımızda bir durumun devamlı olarak yapılması varken,bağımlılıkta bu durumun seviyesinin önemi göze çarpmaktadır (Can, 2007).

Zorlayıcı bozukluklar, tekrarlayan bir davranış yapmadan önce zorlayıcı kaygı ve stres ile karakterize edilir ve zorlayıcı davranışı gerçekleştirerek stresi giderir. Kompulsif bozukluklar büyük oranda negatif pekiştirme mekanizmaları ve otomatisite ile ilişkilidir (Koob & Volkow, 2010). Bağımlılığın gelişmesine neden olan durumlardan biri de ; Bağımlılığı yaratan faaliyetlere baktığımızda , yaşamın stresini ve karşılaşılan günlük sorunları geçici olarak giderdiği görülmektedir (Hardoon & Derevensky, 2002).

Bağımlılığa baktığımızda , çoğu durumun birbirini etkilediği görülmektedir. Kişinin kültürel yapısı, inanç sistemi , erişebileceği kaynak türleri, psikolojik durumu ve kişilik yapısı çoğu durumdan etkilenmektedir (Bandura, 2010).

### 2.1.3. Kumar Bağımlılığı

Patolojik kumar, kumarla ilgili sürekli ya da periyodik kontrol kaybının olduğu, kumarla meşgul olma ve kumar oynayabilecek para kazanma, akılcı olmayan düşünme ve olumsuz sonuçlara rağmen kumar davranışının devam etmesi ile karakterize zihinsel bir hastalıktır. Kumarbazının fiziksel ve zihinsel sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir (Rizeanu, 2014).

Kumar, yalnızca sorunlara sebep olacak seviyeye gelince hastalık sayılan , yaşamda ki çoğu şey gibi oldukça sık görülen bir davranış türüdür. Patolojik kumar oynama ve madde kullanımına bakıldığında , iki türün de beyindeki ödül merkezlerini (ventral striatum) harekete geçirmesi (Dopamin salgılanması) yönünden benzer yanlarının fazla olduğu görülmüştür. DSM-5'te kumar oynama bozukluğunun bu kısma aktarılmasının nedeni budur (Morrison, 2016).

Patolojik kumar oynama çok sayıda psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlara neden olan bir dürtü denetim bozukluğudur. Patolojik kumar oynamanın ortaya çıkışı ve yaygınlaşmasında genetik, sosyolojik ve biyokimyasal ve bilişsel faktörler rol oynamaktadır (DEMET, 2009).

Bir kumarbaz, kumar durumunda verdikleri sabit ödüller veya takviyeler nedeniyle bağımlı hale gelebilir. Bu tür takviyelerin doğası çeşitli olabilir. Örneğin, para kazanmak, fizyolojik heyecan ve kumarın “vızıltıları” gibi psikolojik olabilirler, psikolojik, örneğin, benlik saygısı, akran övmesi ve / veya psikososyal, örneğin faaliyetin sosyal anlamı, pasajın ritimleri gibi. vb (Parke & Griffiths, 2004).

Patolojik kumar oynama olarak, psikiyatri terminolojisinde bahsi geçen kumar bağımlılığı, sadece bireyi değil, bireyin yakın çevresinin yaşamında olumsuz etkilemektedir. Devam eden bir bozukluktur ve zamanla sürekli olarak ilerler. Patolojik kumar oynama neticesinde fazla miktarda para kaybına neden olarak maddi sıkıntıları da beraberinde getirecektir. Bu olaylar neticesinde bireyin ve ailesinin psikiyatrik ve genel sağlık sorunlarının ortaya çıkması olasıdır (Kalyoncu, Ö. A., Pektaş, Ö., & Mırsal, 2003).

Patolojik kumar oynama, sürekli devam eden ve yineleyen bir şekilde kumar oynama davranışı olmakla birlikte ,aile , sosyal ve iş hayatını derinden etkileyen ve ciddi kayıplara sebep olabilen bir ruhsal bozukluktur. Bu bozukluk beraberinde ,iş hayatında büyük maddi kayıplara, aile yaşamında sorunlara, yasalara ters düşmeye , suça yönelik eylemlere ve intihar denemelerine kadar uzanarak kişinin bireysel ve sosyal yaşamını tehdit eder hale gelebilmektedir (Güriz et al., 2012).

Kumar oynama bozukluğu ilk olarak DSM-III'te bir psikiyatrik bozukluklar içerisinde yer almıştır. DSM-IV'te dürtü kontrol bozuklukları sınıfında yer almakta idi. DSM-5 te ise madde ile ilişkili ve bağımlılık bozuklukları ana başlığının madde ile ilişkili olmayan bozukluk sınıfına alınmıştır. Kumar oynama bozukluğu bu sınıfta yer alan tek davranışsal bağımlılık türüdür (APA, 1994; Association, 2013; Association, Pichot, Andreoli, Cassano, & Rossi, 1983).

Çoğu kumar oynayan insan dürtüsel değildir. Kumar oynayan insanlar arasında anksiyete ve duygu durum bozukluklarına sahip kişilerin sıklıkla görülmesi , kumarı bu grup bozukluklar içerisinde kategorize edilebileceğini düşündürse de kumar oynama bozukluğu göreceli bir şekilde sıklık gösteren , önemli bir durumdur ve tekrarlayan davranışları içinde barındırdığı için madde kullanım bozuklukları sınıfına daha uygun olduğu düşünülmektedir (Schuckit, 2013).

Kumar oynama bozukluğuna bakıldığında, madde bağımlılığı olan kişilerdeki bilişin, nörolojik, davranışsal ve genetik özelliklerle benzerlik gösterdiği görülmüştür. Kumar oynama bozukluğu özelliklerine bakıldığında madde bağımlılığına komorbit olduğu gözlenmektedir. Anksiyete ya da zihnin meşgul olma durumu , kontrolü yitirme ve kumarla alakalı kayıplar hasta ile hasta olmayanı ayırt etmede güçlü yordayıcılardır (Francis, Dowling, Jackson, Christensen, & Wardle, 2015).

Bilimsel araştırmalara bakıldığında , bir bireyin bağımlı olduğundan söz edilebilmesi için bu maddelerin onundan en az beşini sağlıyor olmasının gerektiği belirtilmektedir: a) Sürekli olarak oyun oynama düşüncesi, b) Heyecanın artması için daha yüksek oranlarda oynamak, c) Oyun oynama eylemi azalınca öfkenin artması, d) Oyun oynama eylemini bir kaçış olarak var sayma, e) Maddi kayıpları yerine koymak için oynamak, f) Oynanan

oyunun saklama davranışı, g) Oyun oynamak amacı ile yasadışı mali kaynaklardan para sağlamaya çalışmak, h) Yakın çevreyle ilişkilerde kopukluklar, 13 i) Maddi desteğe muhtaç olma durumu, j) Oyun oynama isteğini kontrol edebilme ya da tamamen yok etme konusunda başarısız olma durumu (Pınarcı, 2014).

Bir başka araştırmada ise kumar patolojik kumar oynamayı başka yönüyle ele almışlardır bu araştırmaya göre patolojik kumar oynamanın farmakolojik bağımlılıkla pek çok benzerliği bulunmaktadır. Özellikle, hem patolojik kumar hem de uyuşturucu bağımlılığına, yanıt veren hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) eksenindeki sapmalar ile karakterize edilir. Ayrıca, cinsiyet farklılıklarının bu süreçlerde rol oynayabileceğine dair göstergeler bulunmuştur. Cinsiyet ve HPA yanıtının patolojik kumar oynama ile ilişkilendirilip ilişkilendirilmemesi ilgi çekicidir. Rekreatif ve patolojik kumarbazlar (grup başına 15 erkek ve 6 kadın), tercih ettikleri kumar tarzının bir videosunu izlemeden önce ve sonra tükürük içinde değerlendirilen HPA faktörüne sahip olan kortizol seviyeleri ölçülmüştür. Bu videolar kumar (slot makineleri, at yarışı bahisleri, kazanma biletleri, blackjack, video poker, barbut, spor bahisleri, online casino oyunları veya piyango bileti) ve nötr uyaranların videosudur (rollercoaster yolculuğu). Tükürük kortizolünün bazal seviyeleri, eğlence ve patolojik kumarbazlar arasında anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Bununla birlikte, rekreatif kumarbazlar kumar ve rollercoaster videolarından sonra tükürük kortizol seviyelerini önemli ölçüde arttırırken, patolojik kumarbazlarda herhangi bir video uyarıcıya yanıt olarak tükürük kortizol artışı olmadığı gözlenmiştir. Kadınlar için, video uyarıcılara karşı erkeklere kıyasla daha fazla kortizol yanıtı alma eğilimi görülmemektedir.

Bu veriler, patolojik kumar oynamanın, kumar uyarımlarına, kronik ilaca maruz kalmaya benzer şekilde hipoaktif HPA tepkisi ile ilişkili olduğunu ve cinsiyetin bu etkiye katkıda bulunabileceğini göstermektedir. Patolojik kumarbazlar, herhangi bir video uyarıcıya yanıt olarak hiçbir tükürük kortizol artışı göstermedi. Kadınlar için, video uyarıcılara karşı erkeklere kıyasla daha fazla kortizol yanıtı alma eğilimi gözlenmedi. Bu veriler, patolojik kumar oynamanın, kumar uyarımlarına, kronik ilaca maruz kalmaya benzer şekilde hipoaktif HPA tepkisi ile ilişkili olduğunu ve cinsiyetin bu etkiye katkıda bulunabileceğini göstermektedir. Patolojik kumarbazlar, herhangi bir video uyarıcıya yanıt olarak hiçbir tükürük kortizol artışı göstermedi. Kadınlar için, video uyarıcılara

karşı erkeklere kıyasla daha fazla kortizol yanıtı alma eğilimi yoktu. Bu veriler, patolojik kumar oynamanın, kumar uyarmalarına, kronik ilaca maruz kalmaya benzer şekilde hipoaktif HPA tepkisi ile ilişkili olduğunu ve cinsiyetin bu etkiye katkıda bulunabileceğini göstermektedir(Paris, Franco, Sodano, Frye, & Wulfert, 2010).

#### **2.1.4. Kumar'ın Tarihçesi**

Kumarın ortaya çıkış dönemleri, tarih öncesi dönemlere kadar dayanmaktadır.Kumar oynamak üzerine tasarlanmış bu aletler ; zarlar , pullar ve oyun kağıtlarıdır.Oyun pulları tabla ile oynanan oyunların birer aracı olup, Antik Çağ'da sadece Eski Yunan ve Roma da değil tabla aracılığıyla oynanan çoğu yerde pullara rastlanmıştır. Mısır'da gerçekleştirilen kazılarda ise üzerinde insan kafası figürü olan pullara rastlanmıştır.

Arkeologlar İngiltere'de Roma'ya ait bir yerleşimde yaptıkları kazı çalışmalarında dokuz yassı oyun pulu çıkarmışlardır. İki pulun üzerinde rastlanan figürler , pulların kumar fişi olduğunu kanıtlar niteliktedir(BENER, 2008).

Petry'e göre, kumar eski çağlardan itibaren insan hayatının bir parçası olmuştur. M.Ö. yaklaşık 3000 yıllarında bir Mısır mezarında zar bulunması kumarın yeni bir olgu olmadığını kanıtı olarak düşünülmektedir (Pınarcı, 2014).

Kumarla ilgili ilk inceleme muhtemelen Gerolamo Cardano'nun 1663'te (1576'da Cardano'nun ölümünden sonra) çıkan Şans Oyunları üzerine yazılmış kitabıydı . Bir kumarbazın en ünlü ve büyüleyici edebi portresi Dostoyevski'nin (The Gambler) Kumarbaz'ıdır. Kitap, Dostoyevsky'nin kısmen kişisel deneyimini yansıtıyor. Bir ya da iki yıl önce, kumar bir eğlence sayılıyor ve çoğunlukla varlıklı bir insan tutkusu olarak kabul ediliyordu. Ancak, son yedi ila on yılda (Nevada 1931'de kumar yasallaştırdı; Bugsy Siegel 1946'da Flamingo Casino'yu açtı), kitlelerce eğlencesine oynanan kumarda artış gözlemlendi. Hükümetler ve Amerikan Kızılderili kabileleri kumar oynamayı gelir elde etmenin bir yolu olarak gördükçe, kumarhaneler, racinos (kumar makineleri), nehir botu casinoları ve diğer kumar girişimleri ülke genelinde mantar gibi türedi. Kumar seçenekleri arttıkça kumar oynama sorun haline gelerek , patolojik kumarbaz olan insanların sayısında artış

olduğunu gözlemliyoruz. Kumarbazlar problemleri artış gösterip bir yardım istediklerinde, farklı disiplinlerden, özellikle akıl sağlığı alanında ki profesyoneller, normatif veya patolojik kumar oynamayı anlamaya ve araştırmaya çalışmaktadır. Bu sayede kumarla ilgili literatür gövdesi oldukça genişlemektedir (Balon, 2005).

### **2.1.5. Tam Kriterleri**

Maddeyle İlişkili Olmayan Bozukluklar Kumar Oynama Bozukluğu DSM-5' te aşağıda ki gibi belirtilmiştir :

A. On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az dördü (ya da daha çoğu) ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sürekli ve yineleyici, sorunlu bir kumar oynama davranışı:

1. İsteddiği coşkuyu sağlayabilmek için giderek daha çok parayla kumar oynama gereksinimi duyar.
2. Kumar davranışını bırakma veya durdurma yönelimleri sırasında huzursuz ya da kolay sinirlenen biri olur.
3. Kumar davranışını kontrol altına almak, bırakmak veya durdurmak için, tekrarlayan, netice alamadığı çabaları mevcuttur.
4. Devamlı olarak kumar oynama üzerinde düşünmektedir (örn. geçmişteki kumar oynama yaşantılarını yeniden yaşamayı sürekli düşünme hali, bir sonraki girişimini engellemek ya da tasarlamak, kumar oynamak için para bulma yollarını düşünme).
5. Sıklıkla, sıkıntı duyarken kumar oynama (örn. çaresiz, suçlu, bunalmış, çökkün).
6. Parayla kumar oynayıp kaybettiğinde, süreğen bir şekilde, geri kazanmak için bir başka gün tekrar gelir (kaybettiklerinin arkasından gider).

7. Kumar oynama halini saklamak için yalana başvurur.
8. Kumar oynama nedeniyle, önemli bir ilişkisini, iş hayatını, eğitim ya da iş olanağını tehlikeye atmış ya da kaybetmiştir.
9. Kumar oynaması nedeniyle içinde bulunduğu umutsuz maddi durumlardan kurtulabilmek için başkalarının parasal kaynak sağlaması beklentisine girer (Association, 2013).

#### **2.1.6. Nedenleri**

Patolojik kumar oynama (PKO) sosyal, iş ve aile hayatında önemli kayıplara neden olan, süreğen ve yineleyici uygunsuz kumar oynama davranışı olarak tanımlanır. Zamanla artış gösteren oynama isteği, kaybettiklerini geri kazanmak için yeniden oynama gereksinimi , kumar için ihtiyaç duyulan parayı çeşitli yasadışı yollardan elde etme patolojik kumar oynama davranışının ana özellikleridir. Süreğen ve ilerleyici özelliği olan bu bozukluğun aile ve evlilik yaşamına ilişkin sorunlar, iş kaybı, intihar girişimleri, yasal sorunlar ve suç davranışı gibi yoğun kişisel ve sosyal sonuçları vardır (Sood, Pallanti, & Hollander, 2003).

Eşlik eden psikolojik rahatsızlıkların da PKO davranışının tedavi neticesini etkileyebileceği, özellikle büyük oranda depresif belirtilerin yaşandığında kumar oynama davranışı olasılığının arttığı gözlenmiştir ve tedavide eşlik eden depresyona erken müdahale edilmesi ve iyileştirilmesinin tedavi sonuçlarında düzelme sağladığı ve tekrarlama olasılığında azalmaya neden olduğu vurgulanmıştır (Smith, Kitchenham, & Bowden-Jones, 2011).

Lary, L.ve ark ( 2012) yaptıkları araştırmada ; tarih boyunca, kumarın çoğu kültürde popüler bir aktivite olduğundan söz edip devam etmişler : Amerika Birleşik Devletleri'nde kumar, kabul edilip yasaklanma sürecine kadar olan süreçte yayılmaya

devam etti. Birçok insan için kumar , rahatlatıcı ve eğlenceli bir aktivitedir; Ancak, bazı bireyler için kumar, zararsız eğlenceden daha fazlası olur. En ciddi kumar şekli olan patolojik kumar, zihinsel bir sağlık bozukluğu olarak kabul edilir. Patolojik kumar şu anda *DSM-IV-TR'de* bir dürtü kontrol bozukluğu olarak yer almaktadır. Ancak, özellikle tanı kriterleri, klinik seyir ve tedavi yönünden, madde kullanım bozuklukları ile ilgili birçok önemli özelliği paylaşmaktadır. Sonuç olarak, DSM-V Görev Gücü, patolojik kumar oynamanın “Bağımlılık ve Bağlantılı Bozukluklar” başlıklı yeni bir kategoriye dahil edilmesini ve yeniden sınıflandırılmasını önerdi (Ashley & Boehlke, 2012).

Korn & Shaffer, üç ana gücün Kuzey Amerika'da kumar oynamanın büyümesini teşvik ettiğini belirtti: hükümetlerin yeni veya daha yüksek vergiler almadan yeni gelir kaynaklarını belirleme isteği; Eğlence ve boş zaman için yeni destinasyonların turizm girişimcileri tarafından geliştirilmesi; ve yeni teknolojilerin ve kumar biçimlerinin (örneğin, video piyango terminalleri (VLT'ler), Powerball <sup>TM</sup> mega piyangoları ve İnternet offshore kumar oynamanın) artışı, bunlarla birlikte , kumar oynama ayarlarına erişim ve kumar oynama sorunları arasındaki ilişki tartışmalıdır. Ulusal Kumar Etkisi Etüdüleri Komisyonu (NGISC) araştırmacıları, birleşik bir hekim ve telefon araştırmasında, 50 mil içinde bir kumarhanenin bulunmasının, problem ve patolojik kumarbazların yaygınlık oranlarını iki katına çıkardığını bildirmişti (Shaffer & Korn, 2002).

Kumarın yasallaşmasıyla birlikte, birden fazla kumar oynama aracına ulaşım da artmıştır. Bu dönemlerin beraberinde, kumar oynama durumunda artış gözlenmektedir.

Spielberger Eyaleti' nde yapılan araştırmada ; Sürekli Anksiyete Envanteri ve Beck Depresyon Envanteri, davranışsal muamele görmek isteyen 75 patolojik kumarbaz üzerine uygulanmıştır. Ayrıca, saf poker makinesi ve saf at yarışı kumarbazlarının alt grupları izole edildi ve farklı kumar biçimlerini seçen birey grupları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek için karşılaştırılmıştır. Para kazanma arzusu katılımın ana nedeni olarak verilmiş olmasına rağmen, paraya olan ihtiyaç daha fazla kumar oynamada daha az önemli bir rol oynamıştır. Bu durum da patolojik kumar oynamanın davranışsal bir stres reaksiyonu olduğunu kanıtlar nitelikte (A. Blaszczynski & McConaghy, 1989).

## **2.2. Psikolojik Semptomlar**

### **2.2.1. Tanımı**

Mental durumun bir bozukluk olarak nitelendirilmesi için genel olarak işlevsellikte anormalliğe neden olması gerekmektedir (Stein, 2013).

Yetişkinlik çağında meydana gelen şizofreni türleri, çocukluk çağında meydana gelen mental retardasyon ve depresyon gibi hastalık türlerinin meydana gelmesinde genetik faktörlerin etkisinin olduğuna dair veriler bulunmaktadır. Aynı zamanda net olmasa da organik durumların, hiperaktivite, çocukluk çağı öğrenme güçlüğü, otizm ve antisosyal davranış bozukluğunun bazı alt türlerinin etiyolojisinde etkili olduğuna dair veriler bulunmaktadır (Balk, 1995).

Kumar oynama davranışının artmasına neden olan durumlardan birinin, yüksek seviyede depresif semptomlar olduğu görülmektedir (Güriz et al., 2012).

Kumar, hiçbir şeyden büyük bir şeye kadar değişebilen bir davranışsal süreklilik üzerinde bulunur. Bu niceliksel devamlılık, riskli, problemlili, subklinik, patolojik, olası patolojik, aşırı patolojik, geçişli, kompulsif gibi etiketlerle ayrı kategorilere dönüştürülmüştür. Son zamanlardaki kanıtlar, subklinik veya problemlili kumar oynamanın daha hafif bir patolojik kumar biçimi olduğunu göstermektedir (Shaffer & Korn, 2002).

### **2.3. Psikolojik Semptomları Değerlendirme Ölçekleri**

Psikolojik belirtilerin saptanması açısından birçok ölçek ve envanter geliştirilmiştir.

Bunlardan biri Beck Depresyon ölçeğidir. Beck (1961) tarafından geliştirilmiş. 21 maddeden oluşup depresyonun derecesini saptamaktadır. Aynı zamanda maddeler duygusal, bilişsel ve somatik semptomatik seviyelere atıfta bulunur (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961)

Sorulara 0 ile 3 arası derecelendirilmiş cevaplar verilmektedir ve verilen cevapların toplamı ile depresyonun derecesi anlaşılmaktadır. Puanlama sonucuna göre, 1-10 puan,

normal seviye, 11-16 puan orta seviye duygu durumu bozukluğu, 17-20 puan, klinik depresyon; 21-30 puan, orta seviye depresyon; 31- 40 puan ciddi seviye depresyon; 41- 63 puan ağır depresyon şeklinde derecelendirilmiştir. Beck, Steer & Brown (1996) yılında ölçeği “Beck Depresyon Envanteri-II” olarak revize etmişlerdir (Beck, ve ark. 1996). Ölçek Hisli (1989) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (Hisli, 1989).

Bir diğer ölçek ise ; Beck Anksiyete Envanteri’ dir. Beck, Epstein, Brown ve Steer (1988) taraflarından geliştirilen ölçek, öz değerlendirme imkanı sunan, 4 aşamalı cevap formatına sahiptir ve 21 maddeden oluşmaktadır (Beck, ve ark. 1988). Depresif belirtilerle kaygıyı etkilemeden anksiyete belirtilerinin şiddetini ortaya koyar. Ölçekten alınan puanlar 0-63 puan arasındadır. 0-7 puan ‘minimal’ ,8-15 puan ‘hafif’, 16-25 puan ‘orta’, 26-63 puan ‘şiddetli’ anksiyete şeklinde derecelendirilmiştir

Hamilton (1959) yılında Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği’ ni (HAMA) geliştirmiştir. Ölçek 14 maddeden oluşmuş olup , maddelere verilen puanlar 0-4 arasındadır. 0 ‘mevcut değil’ , 4 ‘şiddetli’ olarak derecelendirilmiştir. Ölçekten 0-54 arası puan alınmaktadır. 17 ve aşağısı puan alanlar ‘hafif şiddet’ , 18-24 puan alanlar ‘orta şiddet’ , 25-30 puan alanlar ‘şiddetli’ olarak değerlendirilmiştir (M. A. X. Hamilton, 1959).

Bir başka depresyon değerlendirme ölçeği iste Hamilton(1960) ‘ın geliştirdiği Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği - ( HAMD - HDRS)’ dir. Teşhis edilen depresyonun ciddiyetini tahmin etmek için kullanılmaktadır (M Hamilton, 1960).

Semptomların yoğunluğunu gösteren 21 maddeden oluşmakta olup, danışanın görüşmeye gelmeden önceki son haftayı değerlendirilir. Testi uygulayan danışman puanlamayı yapmaktadır. Ölçek sadece depresyonun psikoterapisi bağlamında değil, aynı zamanda diğer hastalıkların tedavisinde (agorafobi, panik bozukluk, madde kötüye kullanımı) kullanılmaktadır. Ölçeğin sonunda 0-7 puan alan bireyler normal olarak değerlendirilirken 20 veya üzeri puan alanlar klinik düzeyde problemliler olarak değerlendirilmektedir (Max Hamilton, 1980). Ölçeğin Türkçeye uyarlamasını yapan ise Akdemir vd, (1996) dir (Akdemir et al., 1996).

SCL 90-R Leonard R. Derogatis ve ark (1971,1973,1974,1976,1977) tarafından geliştirilen, bir kişisel öz bildirim raporudur. Hem toplumdan bireylere hem de tıbbi ya da psikiyatrik durumu olan bireylerle uygulanacak düzeyde tasarlanmıştır (Derogatis & Cleary, 1977; Derogatis, Lipman, Covi, & Rickels, 1971; Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth, & Covi, 1974; Derogatis, Rickels, & Rock, 1976; Lipman, Derogatis, & Covi, 1973).

Ölçek 9 alt ölçek ve 1 genel semptom puanı olmak sureti ile 10 alt düzeyden oluşmaktadır. 90 sorudan oluşan ölçek '0,1,2,3,4' şeklinde oluşan ve 'hiç' ifadesinden 'ileri düzeyde' ifadesine kadar uzanan 5 cevap türü barındırmaktadır. Bu ek skalalar ; Somatizasyon, Obsesif-Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon,Anksiyete, Düşmanlık , Fobik Anksiyete , Paranoid Düşünce ,Psikotizm ve Genel Semptom Puanı şeklindedir.Türkiye' de ilk kullanan kişi Gökler (1978) dir (Gökler, 1978).

### **2.3.1. Kısa Semptom Envanteri**

Kısa Semptom Envanteri (KSE) olarak bilinen, orjinal adı Brief Symptom Inventory (BSI) olan ölçeği , Derogatis (1992) 90 sorudan oluşan SCL-90 envanterinin kısaltılmış hali olan KSE 53 maddeden oluşmaktadır.Uygulama SCL-90 envanterinden daha kısa sürmektedir. Öz değerlendirme ölçeği olup 5' li likert yapısıdır. 9 belirti boyutundan ve üç küresel karakteristik değerden oluşmaktadır. 0-4 şeklinde puanlanan maddelerin sözel karşılığı 'hiç' ifadesinden , 'çok fazla' ya doğru derecelendirilmiştir (Derogatis, 1992).

Somatizasyon, Obsesif-Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Anksiyete, Düşmanlık , Fobik Anksiyete , Paranoid Düşünce ,Psikotizm şeklinde derecelendirilen 9 belirti boyutu daha sonra öneriler ile Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon ve Hostilite olmak üzere 5 belirti boyutunda düzenlenmiştir (Şahin & Şahin, 1992). Şahin ve Durak (1994) ölçeği Türkçeye uyarlamıştır (Sahin & Durak, 1994).

### **2.3.1.1. Anksiyete**

Anksiyeteyi tanımlarken bir takım kaynaklar ; nereden doğduğu bilinmeyen bir tehlike beklentisi hali olarak tanımlar ve anksiyeteyi korkudan ayırır. Anksiyete bireyin yeni ortamlara adapte olmasını kolaylaştırarak, bireyin psikolojik iyilik halinin oluşmasında katkıda bulunabilir. Ancak bu ilerletici işlevinin yanı sıra bir takım olumsuzluklara da neden olabilmektedir. Bunlar devamlı olan kalp çarpıntısı, titreme hali, ağızda kuruluk, kaslarda gerginlik hali gibi durumlar patolojik düzeyde düşünülmektedir (Karamustafalıoğlu, 2010). APA (2013) , DSM-5 yayınında anksiyeteyi ; gelecek zamana dair tehlike beklentisi olarak değerlendirmiş , yakın zaman dilimine ilişkin gerçek ve algılanan tehditlere karşı geliştirilen duygusal tepki olan korkudan ayrı değerlendirilmiştir (Association, 2013).

### **2.3.1.2. Depresyon**

Depresyonun tanımlanma durumu Hipokrat dönemine kadar uzanmaktadır. Hipokrat , melankoli yani siyah safra anlamına gelen terimden söz etmiştir. 1984 yılında ise Fransız psikiyatristler hastalığın döngülü bir duruma sahip olabileceğinden söz ederek ; folie circulaire terimini kullanmışlardır. DSM3 (1980) ile bir tetikleyicinin varlığı veya yokluğu durumuna göre şekillendirilen bu kategorize durum, belirli sınıflandırmalar ile tanı koyabilme durumuna ulaşmıştır (Akiskal, 2005).

Depresyonda görülen belirtiler ; depresif duygu hali, değersiz hissetme, sebepsiz suçluluk duygusu hissetme, azalan ilgi ve haz kaybı, uykusuzluk hali, libido düşüklüğü, süregelen ölüm ve ölme düşüncelerini içine alır(Duval, ve ark 2006).

### **2.3.1.3. Olumsuz Benlik**

Benlik kavramını Rosenberg (1986) ; kişinin bir varlık olarak kendine yüklediği düşünce ve duyguların toplamı olarak yorumlamaktadır (Rosenberg, 1986).

Bir başka tanımlamada benlik ; kişinin fiziksel etkileşim ve sosyal hayatı neticesinde elde ettiği bireysel duygu, kavramlar ve değerler sistemidir (Tan, 1970). Benlik kavramının olumsuz bir şekilde değerlendirilmesi dahilinde olumsuz benlik ortaya çıkmaktadır. Kısa Semptom Envanteri' nde suçluluk duygusu belirtilerini anlamamızı sağlayan maddelerdir.

#### **2.3.1.4. Somatizasyon**

Somatizasyon , psikolojik problemlerin ve sosyal çevre etkilerinin bedensel semptomlar şeklinde ortaya çıkmasıdır (Katon, Kleinman, & Rosen, 1982). Genel psikanalitik bakış açısına göre somatik semptomlar, istenmeyen istekler ve dürtülerin bilinç yüzeyine çıkmasına engel olan savunma yöntemleridir (Kellner, 1990).

#### **2.3.1.5. Hostilite**

Hostilite düşüncelerine sahip bireyler ; dünyayı ve başa çıkamadıkları zamanlarda da kendilerini tehdit olarak görmektedirler (Felsten, 1996). Yine Felsten (1996) yaptığı araştırmanın sonucunda ; düşmanca düşünceye sahip bireylerin , diğer insanları güvensiz olarak gördüğünü saptamıştır.

### **2.3.2. Kumar Bağımlılığı ve Psikolojik Semptomlar**

Linden, R. D vd, (1986) yaptığı bir çalışmada 25 patolojik kumarbazın (37-70 yaş arası) aile öyküleri ve tanı durumlarını inceledi. Verilere bakıldığında, patolojik kumar oynama ile majör duygusal bozukluk arasında bir ilişki olduğu görülmektedir: 18'i en az 1 majör depresyon öyküsüne sahip, 13'ü tekrarlayan majör affektif atak geçirmiştir. Panik bozukluğu ve ya agorafobi sıklığı % 20 oranında da bulunmuştur (Linden, Pope, & Jonas, 1986).

Alternatif ve daha üretken bir yaklaşım, her biri benzer fenomenolojik özellikleri göstermeyen farklı faktörlerden etkilenen, belirli alt kumar türlerinin varlığını kabul etmektir. Klinik bilgelik, madde kullanımı, dürtüsellik ve antisosyal tip davranışlarının belirtileri tipik olarak patolojik kumarbazlarda görülmesine rağmen, bu değişkenlerin etiyojideki ve hastalığın yönetimindeki rolünün ve uygulamasının her vaka için farklı olduğunu kabul etmiştir (A. Blaszczynski & Nower, 2002).

Bir diğer çalışma ; Galiçya'nın belli başlı şehirlerinde (Kuzeybatı İspanya) yaşayan 1.615 erişkin rastgele örnekleme tanımlanan patolojik kumarbazlarda depresyon durumunu araştırmaktadırlar. Patolojik kumarbazlar DSM-IV tanı ölçütleri dahilinde tanımlandı. Depresyon Beck Depresyon Envanteri ile değerlendirildi, denekler 18 ya da daha fazla puan aldıysa “depresif” olarak sınıflandırılmıştır. Bu araştırma neticesinde Beck Depresyon Envanteri'ni tamamlayan 19 patolojik kumarbazın% 21'i depresif; aksine, diğer deneklerin sadece% 9'u depresif olarak tanımlanmıştır (Becona, del Carmen Lorenzo, & Fuentes, 1996).

#### **2.4. ANADOLU BÖLGESİ ÖZELLİKLERİ**

Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası (TURBAHAR) dahilinde yapılan bu çalışmada, Türkiye Genelini 9 Demografik Bölge (Akdeniz, Ege, Batı Karadeniz, Doğu Karadeniz, Doğu Anadolu, İç Anadolu, Batı Marmara, Doğu Marmara, İstanbul) temsil etmektedir. Aynı şekilde çalışma bölgeleri Anadolu Bölgesi kapsamında Nuts1 (İç Anadolu , Doğu Anadolu) ve Nuts2 (Kuzeydoğu Anadolu , Orta doğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu , Batı Anadolu, Orta Anadolu) olarak ayırmıştır. Anadolu Bölgesi yüzölçümü :755.688 km<sup>2</sup> dir. 2018 yılı sayımlarında ; İç Anadolu Bölgesi nüfusu: 12 Milyon 895 Bin 988 , Doğu Anadolu Bölgesi nüfusu :5 Milyon 957 Bin 669 , Güneydoğu Anadolu Bölgesi nüfusu : 8 Milyon 665 Bin 165 olarak saptanmıştır (TUİK, 2019)

## BÖLÜM III

### 3. YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma Türkiye Bağımlılık ve Ruh Sağlığı Profili Çalışmasında Anadolu bölgesinde taranacak olan bireylerin kumar bağımlılığının psikolojik semptomlarla olan ilişkisinin incelenmesini amaçlamaktadır. Ayrıca bu çalışma kapsamında cinsiyet, eğitim düzeyi, sahip olunan çocuk sayısı, yaş ve medeni durumun kumar bağımlılığı ile psikolojik semptomların arasındaki ilişkisinin saptanması hedeflenmiştir.

#### 3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma ; “Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası” (TURBAHAR) çalışmasının bir parçasıdır. Türkiye Geneli, ve 9 Demografik Bölgede (Akdeniz, Ege, Batı Karadeniz, Doğu Karadeniz, Doğu Anadolu, İç Anadolu, Batı Marmara, Doğu Marmara, İstanbul) analiz yapmak için imkan sağlamaktadır.

TURBAHAR çalışmasının örneklem seçiminde ağırlıklı olarak tabakalı küme örnekleme yaklaşımı kullanılmıştır. Örneklem Anadolu Bölgesinde ikamet eden kişilerin katılımı üzerinden planlanmıştır. Her bölgeden en az 200 en çok 2000 kişi dahil edilmiştir. Dahil edilen kriterler, 18 yaşının üstünde olma durumu, gönüllü olma durumu ve anketlerin doldurulmasına engel herhangi bir probleminin olmaması durumudur.. Nüfus yoğunluğunun fazla olduğu bölgelerden daha fazla örneklem seçilmiştir. Çalışma için 24990 kişiye ulaşılmıştır. Bu kişilerden 24456 kişinin verileri kriterleri karşıladığı, ölçekleri tam olarak doldurduğu için analizleri yapılması uygun görülmüştür.

TURBAHAR çalışmasına dahil olan katılımcılardan 9 bölge arasında olan Anadolu Bölgesi illerinde yaşayan 6000 kişi çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır. Toplam örneklemin %50,0'sini (n=3000) kadınlar ve %50,0'sinin (n=3000) erkekler oluşturmaktadır. Katılımcıların %42,0'si (n=2520) evli, %55,5'i (n=3331) bekâr ve %2,5'i (n=147) ise eşinden ayrılmıştır. Eğitim seviyesi bakımından örneklemin %0,1'inin (n=6) okur yazar olmadığı, %1,3'ünün (n=79) okur yazar olduğu, %4,8'inin (n=289)

İlkokul mezunu, %5,8'inin (n=345) ortaokul mezunu, %26,0' inin (n=1559) Lise mezunu, %53,6'sının (n=3213) Üniversite mezunu ve %8,5'sinin (n=508) ise Yüksek Lisans mezunu olduğu tespit edilmiştir.

### **3.2.1. Araştırmanın Prosedürü**

TURBAHAR araştırması saha çalışmasında 125 Tez öğrencisi aktif rol almıştır. 9 bölgede görev alan öğrenciler, kamu çalışanları, özel sektör çalışanları veya sosyal çevre aracılığı ile bulunan örneklem gruplarına ulaşmıştır. Ölçeğin temsilcileri ve 4 büyük bölge koordinatörlüğü görevini üstlenen diğer öğrenciler araştırmada görevli iki öğretim üyesi ile devamlı koordinasyon kurmuştur. Katılımcılara araştırma tanıtılıp, araştırmanın bilimsel bir çalışmaya hizmet ettiği vurgulanmıştır. Çalışmaya 18 ve üzeri yaş grubundan bireyler dâhil edilmiştir. Araştırmaya dair bilgiler bulunan gönüllü katılımcı formu imzalanıp tüm ölçeklerin bulunduğu kitapçık cevaplandırılmak üzere katılımcılara teslim edilmiştir. Katılımcılar tarafından doldurulan ölçekler araştırmacılara teslim edilmiştir. Yönergeler gerek sözel gerek yazılı olarak verilmiştir. Katılımcılar anlamadıkları noktada sorular sormuş ve araştırmacılar tarafından bu sorular uygun düzeyde yanıtlanmıştır.

Tüm ölçeklerin yanıtları ortalama 45 dk sürmüştür. Ölçeklerin cevaplanması uzun sürdüğü ve katılımcıların işleri arasında bu ölçeklere zaman ayırdıkları nedeniyle herhangi bir zaman kısıtlaması getirilmemiştir. Araştırmanın Etik Kurulu Onayı Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kuruldan alınmıştır. Ekipler Temmuz 2018 Tarihinde saha görevlerine başlamıştır. Verilerin toplanması ve veri girişleri Ekim 2018 tarihinde tamamlanmıştır. Tüm verilerin girişleri daha önceden hazırlanmış ve dağıtılmış Excel şablonlarına yapılmıştır. Tüm veriler proje sorumlusu öğretim üyesine gönderilmiştir. Tüm veriler için ortak veri havuzu oluşturulmuş ve SPSS 21 Programına yüklenmiştir. Veriler düzenlenmiştir. Eksik ve hatalı verilerin elenmesiyle, 24456 kişinin verileri analize tabii tutulmuştur.

### **3.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları**

Araştırma dahilinde istenilen verilere ulaşabilmek adına , araştırmacı tarafından hazırlanmış olan ‘Sosyodemografik Bilgi Formu’ , ‘Davranış Etkileme Yüğü Formu’ ve ‘Kısa Semptom Envanteri’ kullanılmıştır. Tüm kitapçıklarda, katılımcıların gönüllülük esasını ve araştırmanın amacını vurgulayan bir onam formu bulunmakta ve katılımcılar o formu imzaladıktan sonra ölçekleri cevaplamaktadırlar.

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

17 maddeden oluşan form katılımcıların yaşı, eğitim ve medeni durumu, cinsiyeti, çocuk sayısı, çalışan sayısı, sigara, alkol, madde kullanım özellikleri, psikiyatri tedavisi başvuru öyküleri, kesici alet ya da silah bulundurma durumlarını sorgulayan maddeleri içermektedir. Form ile ilgili detaylı bilgiler , tablolar kısmında ‘Bulgular’ bölümünde ‘Demografik Bulgular’ başlığı altında yer almaktadır.

#### **3.3.2. Kısa Semptom Envanteri**

Kısa Semptom Envanteri (KSE) olarak bilinen, orjinal adı Brief Symptom Inventory (BSI) olan ölçeğı , Derogatis (1992) 90 sorudan oluşan SCL-90 envanterinin kısaltılmış hali olan KSE 53 maddeden oluşmaktadır. Uygulama SCL-90 envanterinden daha kısa sürmektedir. Öz değerlendirme ölçeğı olup 5’ li likert yapıdadır. 9 belirti boyutundan ve üç küresel karakteristik değerdan oluşmaktadır. 0-4 şeklinde puanlanan maddelerin sözel karşılığı ‘hiç’ ifadesinden , ‘çok fazla’ ya doğru derecelendirilmiştir.

Somatizasyon, Obsesif-Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Anksiyete, Düşmanlık , Fobik Anksiyete , Paranoid Düşünce ,Psikotizizm şeklinde derecelendirilen 9 belirti boyutu daha sonra öneriler ile Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon ve Hostilite olmak üzere 5 belirti boyutunda düzenlenmiştir(Şahin ve ark., 1992). Şahin ve Durak (1994) ölçeğı Türkçeye uyarlamıştır.

### **3.3.3. Davranış Etkileme Yüğü Formu**

Bu form, davranışsal bağımlılıkta görülen ortak belirtilerden yararlanılarak oluşturulmuştur. Kumar, Alışveriş, Sosyal Medya, Yeme,Oyun ve Cinsel yönelimli olan davranışların etki gücünü 11’li Likert (0-10) bir değerlendirmeye tabii tutularak ölçülebilmeseine imkan tanılayacak bir anket hazırlanmıştır. Bu anket, bu davranışların kişinin hayatına bağımlılık ölçütleri kapsamında ne kadar etki ettiğini ölçmeyi amaçlamaktadır. Her bir soru, doğrudan davranışın olumsuz bağımlılık ölçütlerini sormakta, bu ölçütlerden herhangi bir puan alan kişide, kişiye ekstra bir yük getirdiği şeklinde değerlendirilmektedir.

### **3.3.4. Verilerin Analizi**

Araştırmada veriler SPSS-21 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Kumar bağımlılığı ve Davranış Etkileme Yüğü Formu verilerine göre değerlendirilmiştir. Formadan hiç puan almayan ve puan almış bireyler iki gruba ayrılmıştır. Herhangi bir puan almış bireylerin puanlarının median değerleri hesaplanıp düşük ve yüksek olarak iki grupta ifade edilmiştir. Kumar bağımlılığının etki yüğü üç gruba ayrılmış ve gruplar arasındaki farkın analizinde Tek Yönlü ANOVA Analizi kullanılmıştır.

Kumar bağımlılığına etki edebilmesi düşünülen cinsiyet, eğitim, medeni durum, çocuk sayısı ve yaş değişkenleri ve çalışmada kullanılan Davranış Etkileme Yüğü Formu ve KSE ölçeklerinin ilişki büyüklüklerini anlamak için Lineer Regresyon yapılmıştır. Bağımsız değişkenler ve ölçeklerden alınan toplam ve alt ölçek puanları modele dahil edilmiştir. P değeri 0,05 ‘in altında olan değerler, bağımsız risk faktörü olarak kabul edilmiştir.

## BÖLÜM IV.

### 4. BULGULAR

#### 4.1. Anadolu Bölgesi (İç Anadolu ve Doğu Anadolu) Regresyon Analizi Sonuçları

**Tablo 1.** Anadolu Bölgesinde Kumar Bağımlılığını Yordayan Değişkenlerin Regresyon Analizi

	R	R <sup>2</sup>	Düzeltilmiş R <sup>2</sup>	Yordayıcılar SS
Model	.282	.080	.078	7.036

**Tablo 2.** Anadolu Bölgesinde Kumar Bağımlılığını Yordayan Değişkenlerin B,  $\beta$  Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyleri

Yordayıcılar	B	SS	$\beta$	t	p
Sabit	2,707	,853		3,173	,002
Cinsiyet	-3,041	,187	-,207	16,260	,000*
Eğitim	-,144	,097	-,020	-1,481	,139
Medeni Durum	,552	,220	,040	2,510	,012*
Çocuk	-,294	,101	-,049	-2,904	,004*
Yaş	-,001	,003	-,005	-,396	,692
KSE Anksiyete	,078	,024	,081	3,191	,001*
KSE Depresyon	-,061	,020	-,071	-3,047	,002*
KSE Olumsuz benlik	,040	,024	,040	1,676	,094
KSE Somatizasyon	,117	,028	,080	4,177	,000*
KSE Hostilite	,098	,028	,064	3,514	,000*

Regresyon analizi sonucunda elde edilen nihai modelde Anadolu bölgesinde cinsiyet, eğitim, medeni durum, çocuk sayısının, yaşın, KSE ile değerlendirilen anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite puanlarının kumar bağımlılığı puanını yordadığı ve ilgili değişkenlerin varyansın % 8'ni ( $R = .282$ ,  $R^2 = .08$  ve  $R^2_{adj} = .078$ ) açıkladığı görülmektedir ( $F_{10-5983} = 51.78$ ,  $p < .05$ ).

Standartlaşmış regresyon katsayılarına göre yordayıcı değişkenlerin kumar bağımlılığı üzerindeki görece önem sırası cinsiyet ( $\beta = -.207$ ,  $p < .05$ ), KSE anksiyete ( $\beta = .081$ ,  $p < .05$ ), KSE somatizasyon ( $\beta = .080$ ,  $p < .05$ ), KSE depresyon ( $\beta = -.071$ ,  $p < .05$ ), KSE hostilite ( $\beta = .064$ ,  $p < .05$ ), çocuk sayısı ( $\beta = .049$ ,  $p < .05$ ) ve medeni durum ( $\beta = .040$ ,  $p < .05$ ) şeklindedir. Eğitim, yaş ve olumsuz benlik değişkenlerinin ise regresyon katsayılarının anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p > .05$ ) (Bkz. **Tablo 2**).

#### 4.2. Anadolu Bölgesinde Kumar Bağımlılığının Anksiyete, Depresyon, Hostilite, Olumsuzluk Benlik ve Somatizasyon Puanlarına Göre İncelenmesi

**Tablo 3.** Anadolu Bölgesinin Kumar Bağımlılığına göre Anksiyete, Depresyon, Hostilite, Olumsuzluk Benlik ve Somatizasyon Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Kumar Bağımlılığı		N	X ±SS
KSE Anksiyete	Yok	4804	22.71 ± 7.38
	Düşük	697	25.23 ± 7.99
	Yüksek	499	26.93 ± 8.43
KSE Depresyon	Yok	4804	24,49±8.53
	Düşük	697	25,98±8.66
	Yüksek	499	27,52±8.94
KSE Olumsuz Benlik	Yok	4804	21,55±7,17
	Düşük	697	23,33±7.70
	Yüksek	499	25,39±8.13
KSE Somatizasyon	Yok	4804	15,22±4.83
	Düşük	697	16,45±5.26
	Yüksek	499	17,58±5.55
KSE Hostilite	Yok	4804	14,20±4.66
	Düşük	697	15,50±4.97
	Yüksek	499	16,69±5.10

KSE envanterinden elde edilen anksiyete, depresyon, olumsuz benlik algısı, somatizasyon ve hostilite puanlarının göre kumar bağımlılığı düzeyine göre değişip değişmediğini belirlemek üzere beş ayrı tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Betimleyici istatistikler **Tablo 3**'de özetlenmiş olup; tek yönlü varyans analizi sonuçları **Tablo 4**'de özetlenmiştir.

Kumar bağımlılığının düzeyine göre anksiyete puanının değişip değişmediğini belirlemek amacıyla yürütülen tek yönlü varyans analizi sonucuna göre; kumar bağımlılığı olmayan, düşük düzeyde olan ve yüksek düzeyde olan grupların anksiyete puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ( $F_{2,5997} = 96.64$ ;  $p < .001$ ). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi

sonucunda; farklılığın üç düzeyden de kaynaklandığı görülmüştür. Kumar bağımlılığı olmayan grubun anksiyete puanlarının kumar bağımlılığı düşük olan gruptan ( $q = -2.52; p < .001$ ) ve kumar bağımlılığı yüksek olan gruptan ( $q = -4.22; p < .001$ ); kumar bağımlılığı düşük olan grubun da anksiyete puanlarının, kumar bağımlılığı yüksek olan gruptan ( $q = -1.70; p < .003$ ) farklılaştığı görülmüştür. Bir diğer anlatımla farklılık, kumar bağımlılığı olmayan, düşük olan ve yüksek olan üç grup düzeyinde de görülmektedir. İlgili ortalamalar incelendiğinde anksiyete puanlarının kumar bağımlılığı olmayan gruptan ( $22.71 \pm 7.38$ ), kumar bağımlılığı düşük ( $25.23 \pm 7.99$ ) ve yüksek gruba ( $26.93 \pm 8.43$ ) doğru arttığı görülmüştür.

**Tablo 4.** Kumar Bağımlılığı Düzeyine Göre Anksiyete, Depresyon, Hostilite, Olumsuzluk Benlik ve Somatizasyon Puanlarına İlişkin ANOVA Sonuçları

	Kaynak	Kareler Toplamı (KT)	sd	Kareler Ortalaması (KO)	F	p
KSE Anksiyete	Gruplar Arası	10995.203	2	5497.602	96.64	.000
	Grup içi	341145.047	5997	56.886		
	Toplam	352140.250	5999			
KSE Depresyon	Gruplar Arası	5240.36	2	2620.182	35.54	.000
	Grup içi	442081.60	5997	73.72		
	Toplam	447321.96	5999			
KSE Olumsuz Benlik	Gruplar Arası	8255.23	2	4127.62	77.04	.000
	Grup içi	321282.82	5997	53.57		
	Toplam	329538.06	5999			
KSE Somatizasyon	Gruplar Arası	3246.50	2	1623.25	66.37	.000

	Grup içi	146651.19	5997	24,45		
	Toplam	149897.69	5999			
KSE Hostilite	Gruplar Arası	3611.13	2	1805.56	80.63	.000
	Grup içi	134293.61	5997	22.39		
	Toplam	137904.74	5999			

Kumar bağımlılığının düzeyine göre depresyon puanının değişip değişmediğini belirlemek amacıyla yürütülen tek yönlü varyans analizi sonucuna göre kumar bağımlılığı olmayan, düşük düzeyde olan ve yüksek düzeyde olan grupların depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ( $F_{2,5997} = 35.54$ ;  $p < .001$ ). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Tukey çoklu karşılaştırma farklılığın üç düzeyden de kaynaklandığı görülmüştür.

Kumar bağımlılığı olmayan grubun depresyon puanlarının kumar bağımlılığı düşük olan gruptan ( $q = -1.49$ ;  $p < .001$ ) ve kumar bağımlılığı yüksek olan gruptan ( $q = -3.03$ ;  $p < .001$ ); kumar bağımlılığı düşük olan grubun da depresyon puanlarının kumar bağımlılığı yüksek olan gruptan ( $q = -1.53$ ;  $p < .05$ ) farklılaştığı görülmüştür. Bir diğer anlatımla farklılık kumar bağımlılığı olmayan, düşük olan ve yüksek olan üç grup düzeyinde de görülmektedir. İlgili ortalamalar incelendiğinde depresyon puanlarının kumar bağımlılığı olmayan gruptan ( $24,49 \pm 8.53$ ), kumar bağımlılığı düşük ( $25,98 \pm 8.66$ ) ve yüksek gruba ( $27,52 \pm 8.94$ ) doğru arttığı görülmüştür.

Kumar bağımlılığının düzeyine göre olumsuz benlik algısı puanlarının değişip değişmediğini belirlemek amacıyla yürütülen tek yönlü varyans analizi sonucuna göre; ilgili grupların olumsuz benlik algısı puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ( $F_{2,5997} = 77.04$ ;  $p < .001$ ).

Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucunda kumar bağımlılığı olmayan grubun olumsuz benlik algısı puanlarının kumar bağımlılığı düşük olan gruptan ( $q = -1.78$ ;  $p < .001$ ) ve kumar bağımlılığı yüksek olan

gruptan ( $q = -3.84$ ,  $p < .001$ ); kumar bağımlılığı düşük olan grubun da olumsuz benlik algısı puanlarının kumar bağımlılığı yüksek olan gruptan ( $q = -2.05$ ;  $p < .001$ ) farklılaştığı görülmüştür. Bir diğer anlatımla üç kumar bağımlılığı düzeyine göre olumsuz benlik algısı puanlarının değiştiği görülmüştür. İlgili ortalamalar incelendiğinde olumsuz benlik algısı puanlarının kumar bağımlılığı olmayan gruptan ( $21,55 \pm 7,17$ ), kumar bağımlılığı düşük ( $23,33 \pm 7,70$ ) ve yüksek gruba ( $25,39 \pm 8,13$ ) doğru arttığı görülmüştür.

Kumar bağımlılığının düzeyine göre somatizasyon puanlarının değişip değişmediğini belirlemek amacıyla yürütülen tek yönlü varyans analizi sonucuna göre; ilgili grupların olumsuz benlik algısı puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ( $F_{2,5997} = 66.37$ ;  $p < .001$ ).

Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucunda kumar bağımlılığı olmayan grubun somatizasyon puanlarının kumar bağımlılığı düşük olan gruptan ( $q = -1.23$ ;  $p < .001$ ) ve kumar bağımlılığı yüksek olan gruptan ( $q = -2.36$ ,  $p < .001$ ); kumar bağımlılığı düşük olan grubun da somatizasyon puanlarının kumar bağımlılığı yüksek olan gruptan ( $q = -1.12$ ;  $p < .003$ ) farklılaştığı görülmüştür. Bir diğer ifade ile kumar bağımlılığı olmayan, düşük düzeyde olan ve yüksek düzey kumar bağımlılığına sahip olan grupların somatizasyon puanlarının değiştiği görülmüştür. Ortalamalar incelendiğinde somatizasyon puanlarının kumar bağımlılığı olmayan gruptan ( $15,22 \pm 4,83$ ), kumar bağımlılığı düşük ( $16,45 \pm 5,26$ ) ve yüksek gruba ( $17,58 \pm 5,55$ ) doğru arttığı görülmüştür.

Kumar bağımlılığının düzeyine göre hostilete puanlarının değişip değişmediğini belirlemek amacıyla yürütülen tek yönlü varyans analizi sonucunda ise; kumar bağımlılığı düzeyine göre hostilete puanlarının değiştiği görülmüştür ( $F_{2,5997} = 80.63$ ;  $p < .001$ ).

Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi göre kumar bağımlılığı olmayan grubun hostilete puanlarının kumar bağımlılığı düşük olan gruptan ( $q = -1.30$ ;  $p < .001$ ) ve kumar bağımlılığı yüksek olan gruptan ( $q = -2.49$ ;  $p < .001$ ); kumar bağımlılığı düşük olan grubun da hostilete puanlarının kumar bağımlılığı

yüksek olan gruptan ( $q = -1.86$ ;  $p < .001$ ) farklılaştığı görülmüştür. İlgili ortamlar incelendiğinde hostilite puanlarının kumar bağımlılığı olmayan gruptan ( $14,20 \pm 4.66$ ), kumar bağımlılığı düşük ( $15,50 \pm 4.97$ ) ve yüksek gruba ( $16,69 \pm 5.10$ ) doğru arttığı görülmüştür.

### 4.3. İç Anadolu ve Doğu Anadolu Bölgesinde Kumar Bağımlılığı Puanlarının Cinsiyete Göre İncelenmesi

İç Anadolu ve Doğu Anadolu bölgesinde cinsiyetler arasında kumar bağımlılığı puanları açısından anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek üzere iki bölge için Bağımsız Gruplar için T Testi uygulanmıştır.

**Tablo 5.** İç Anadolu Bölgesi'nin Betimleyici İstatistikleri ve Bağımsız Gruplar için T-Testi Sonuçları

	Kadın		Erkek		t	df	p
	N	X ±SS	N	X ±SS			
Kumar Bağımlılığı	1400	1.35±4.68	1400	3.57±8.31	8.709	2205.88	.000

İç Anadolu Bölgesi için yürütülen test sonucunda varyansların homojen olmadığı dikkate alınarak test sonuçları raporlanmıştır ( $p < 0.05$ ). Test sonucunda göre kadın ve erkekler arasında İç Anadolu Bölgesi'nde kumar bağımlılığı puanları açısından anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $t_{2205.88} = 8.709$ ;  $p < .001$ ). İlgili ortalamalar incelendiğinde İç Anadolu Bölgesi'nde erkeklerin kumar bağımlılığı puanlarının ( $3.57 \pm 8.31$ ) kadınların kumar bağımlılığı puanlarından ( $1.35 \pm 4.68$ ) yüksek olduğu görülmüştür.

**Tablo 6.** Doğu Anadolu Bölgesi'nin Betimleyici İstatistikleri ve Bağımsız Gruplar için T-Testi Sonuçları

	Kadın		Erkek		t	df	p
	N	X ±SS	N	X ±SS			
Kumar Bağımlılığı	1600	0.64 ± 3.17	1600	3.98±10.19	12.520	1905.66	.000

Doğu Anadolu Bölgesi için yürütülen test sonucunda varyansların homojen olmadığı dikkate alınarak test sonuçları raporlanmıştır ( $p < 0.05$ ). Test sonucunda göre kadın ve erkekler arasında Doğu Anadolu Bölgesi'nde kumar bağımlılığı puanları açısından anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $t = 1905.66$ ;  $p < .001$ ). İlgili ortalamalar incelendiğinde Doğu Anadolu Bölgesi'nde erkeklerin kumar bağımlılığı puanlarının ( $3.98 \pm 10.19$ ) kadınların kumar bağımlılığı puanlarından ( $0.64 \pm 3.17$ ) yüksek olduğu görülmüştür.



## BÖLÜM V

### 5. TARTIŞMA

Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası çalışması kapsamında olan bu araştırmada, Anadolu bölgesinde 18 yaş ve üzeri taranmış bireylerin kumar bağımlılığı ve psikolojik semptomlar arasında ki ilişki incelenmiştir. Çalışmaya (3000 kadın 3000 erkek)6000 kişi katılmıştır. Araştırmadan toplanan veriler ve toplanılan verilerin analizi sonucu ortaya çıkan bulguları bu bölümde literatürle karşılaştırılıp tartışılacaktır.

Bulgularda, katılımcıların kumar bağımlılık düzeylerinin bazı demografik özellikler(cinsiyet, medeni durum, eğitim, yaş, çocuk sayısı) ve psikolojik semptomlar(depresyon, anksiyete, somatizasyon, olumsuz benlik, hostilite) ile ilişkisinin regresyon analizi sonuçları değerlendirildiğinde bir takım değerlerin anlamlı çıktığı görülmektedir. İlk olarak cinsiyet değişkeninin istatistikçe anlamlı olduğu görülmektedir. Kumar bağımlılığı kadınlara oranla erkeklerde daha fazla görülmüştür. Gupta R., ve ark (1998) yapmış olduğu araştırmada da cinsiyet değişkeninin anlamlı olduğu görülmektedir. Kumar oynayan erkeklerin kadınlardan daha fazla olduğu saptanmış olup araştırmada kumar oynama durumunun türlerine de bakılmıştır. Erkeklerin genel olarak tüm tipleri oynadığı gözlemlenirken(spor piyango biletleri- spor bahisleri vd) kadınların ise daha güvenli hissettiği; tombala ve piyango bileti türleri tercih ettiği saptanmıştır (Gupta & Derevensky, 1998). Bir başka araştırmada ,araştırmamızın sonucunu destekler nitelikte ; 202gönüllü üniversite öğrencisine uygulanan ölçekler neticesinde ; erkeklerde %33 kadınlar da ise%3 patolojik oynama durumuna gözlenmiştir(Lightsey Jr & Hulsey, 2002).

Bir başka anlamlı çıkan değerlendirme ise anksiyetedir. Kumar bağımlılığı olan bireylerin anksiyete düzeyi yüksek çıkmıştır. Literatüre baktığımızda araştırmamızı destekler nitelikte çalışmalara rastlanmaktadır. Ste-Marie, C., ve arkadaşlarının (2006) yapmış olduğu araştırmada patolojik kumarbazların ; kumar oynamayan, sosyal kumarbaz ve risk altındaki kumarbazlara oranla anksiyete düzeyi yüksek çıkmıştır (Ste-Marie, Gupta, & Derevensky, 2006). Yapılan bir diğer araştırma da anksiyetesi mevcut kişilerin geçmişte

yaşanılan kötü anılarla baş edebilmek adına kumara yöneldikleri görülmektedir (Getty, Watson, & Frisch, 2000).

Bir diğer anlamlı değer somatizasyon oldu. Literatüre baktığımızda depresyon ve somatizasyon arasındaki ilişkinin incelendiği görülmekte. Her iki değer de yüksek çıkmasını literatürde ki şu bilgiler açıklar nitelikte; Depresyonda olan kişi depresyon nedeniyle regresyon yaşayarak, geçmiş zaman diliminde yaşamış olduğu hastalık öykülerini zihninde canlandırıp somatik semptomlar yaşamasına neden olabilir. Aynı zamanda depresyon ağrı eşiği düşüklüğüne neden olarak somatik belirtiler hissetmesini hazırlayabilir(Lipowski, 1990).KSE kullanılarak, erken yaşta kumara başlayan patolojik kumarbazların, psikolojik semptomları değerlendirildi. Somatizasyon değerlerinin yüksek olduğu saptandı(Pietrzak & Petry, 2005).

Bu sonuçlarda araştırmamızın bulgularını destekler niteliktedir.

Bir başka anlamlı değer depresyondur. Depresyon , kumar oynayan bireylerde yüksek çıkan psikolojik semptomlar arasındadır. Literatürde ki daha önce ki çalışmalar da araştırmamızda çıkan sonucu destekler nitelikte. Depresyon saptanan kişilerde geçmiş kötü yaşantılarla baş edebilmek adına kumarı bir kurtarıcı olarak gördükleri saptanmıştır (Getty et al., 2000). 68 patolojik kumarbaza uygulanan SCL-90 envanteri aracılığıyla yapılan araştırmada patolojik kumarbazlarda yüksek depresyon gözlemlendi(A. P. Blaszczynski & McConaghy, 1988)

Diğer anlamlı değer ise hostilitedir. Araştırmamızda kumar bağımlılığı saptanmış bireylerin hostilete semptom puanı anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Literatüre baktığımızda ;Yapılan çalışmada kullanılan hostilete semptomunu ölçen envanter sonuçlarına göre patolojik kumarbazların hostilete semptomları anlamlı derecede yüksek çıkmıştır(Roy, Custer, Lorenz, & Linnoila, 1989).Bu çalışmada araştırmamızı destekler niteliktedir.

Bir diğer anlamlı değer medeni durum olarak saptanmıştır. Şöyle ki ; bekâr bireylerin sayısının artması ile izlenen kumar bağımlılığında ki artış istatistikçe anlamlı düzeydedir

( $t = -1,481$ ,  $p = 139$ ). Bekar kişilerin yaş ortalamalarının daha küçük oluşu düşünüldüğünde, bulgularımız literatürle uyusmaktadır. Kumar oynama davranışının doğuş yılları ergenlik çağı ve üniversite yılları olarak görülüp, bu yaşlarda patolojik kumar sıklığı daha yoğun gözlenmiştir (Lightsey Jr & Hulsey, 2002). Literatürde karşılaştığımız bir başka araştırma da ise ; medeni durum ve psikopatolojik semptomların karşılaştırılması yapılan aştırmaların neticesinde ;evli bireylerin psikopatolojik semptomlarının bekar bireylere oranla daha düşük olduğu saptanmış olup , evliliğin ruhsal durum üzerinde etki sahibi olduğu gözlenmiştir(Bussolotti et al., 2002) Bir başka araştırmada da ; patolojik kumar oynamış bireylerin evlilik uyumsuzluğu ve aile işlev bozukluğu ile ilgili durumlar yaşadığı gözlenmektedir(Black, ve ark 2012).

Son olarak anlamlı değerlerden bir tanesi de çocuk sayısıdır. Katılımcıların çocuk sayısı değişkenlerine bakıldığında , %62.1'inin ( $n = 3726$ ) çocuk sahibi olmadığı, %10.9'unun ( $n = 656$ ) tek çocuk sahibi olduğu, %23.8'inin ( $n = 1428$ ) iki ve üç çocuklu, ve %3,1'inin ( $n = 189$ ) ise dörtten fazla çocuk sahibi olduğu görülmüştür. Bu değerlere göre araştırmaya katılan bireylerden çocuk sayısı değişkeninde; çocuğu olmayan kişilerin çoğunlukta oluşu kumar bağımlılığı oranını arttırmıştır. Aile olmak , çocukla mevcut sorumlulukların artması ve aileye ayrılan gerek maddi durum, gerek birlikte geçirilen zaman başka durumlara zaman ayırma süresini kısaltıyor olabilir.Litaretüre baktığımızda da ; kumar oynayan bireylerin aile hayatlarının ciddi oranda zarar gördüğü gözlemlenmiştir(Güriz ve ark., 2012)

Yapılan regresyon analizleri neticesinde bulgularımız hipotezimizi destekler niteliktedir. Kumar bağımlılığı ve psikolojik semptomlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Aynı şekilde kumar bağımlılığı ve sosyodemografik değişkenler arasında da anlamlı bir ilişki mevcuttur. KSE alt boyutlarını değerlendirdiğimizde ; anksiyete, somatizasyon, depresyon, hostilete değerlerinin kumar bağımlılığı ile ilişkisi anlamlı görülmüştür. Sosyodemografik veri formu alt boyutlarına baktığımızda ; cinsiyet, medeni durum ve çocuk sayısı değişkenlerinin kumar bağımlılığı ile arasında ki ilişki anlamlı görülmüştür.

## BÖLÜM VI

### 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın sonucunda toplanılan veriler doğrultusunda;

Araştırmaya katılan toplam katılımcı sayısı 6000 kişidir.

Veriler , Kısa Semptom Envanteri Sosyodemografik Veri Formu ve Davranış Etkileme Yükü Formu kullanılarak elde edilmiştir.

Anova ve Regresyon analizleri neticesinde kumar bağımlılığını yordayan değerler KSE alt boyutlarına göre sırasıyla ; anksiyete, somatizasyon, depresyon ve hostilitedir. Sosyodemografik Veri Formu alt boyutlarında anlamlı çıkan değerler sırasıyla ;cinsiyet,medeni durum ve çocuk sayısı olarak değerlendirilmiştir.Anlamlı çıkmayan değerler ise KSE alt boyutlarından ; olumsuz benlik algısı olup, Sosyodemografik Veri Formu alt boyutlarında ise eğitim ve yaş değişkenleridir.

Araştırmamız neticesinde kumar bağımlılığının altına yatan nedenleri; psikolojik semptom ve demografik özellikler bağlamında ele almış bulunmaktayız. Ancak kumar davranışının geçmiş öyküleri ve tetikleyicilerinin geniş araştırılması yapılabilir. Kumar davranışının gelişiminde ailesel öğretiler, geçmiş yaşam öyküleri, istismar, çevresel faktörlerin önemi büyük gözüküyor. Literatürde bu durumu destekler nitelikte ;kumarbaz olarak saptanan kişilerin aile öykülerinde psikolojik problemlere rastlandığı gözlenmektedir (Suomi, ve ark. 2014).

Ayrıca yine literatürü taradığımızda kumar bağımlılığı olan bireylerin çocukluk öykülerinde model aldığı bir aile üyesine rastlanmaktadır. Bazı anne ve babalar çocuklarıyla oynadıkları kumarı bir aile etkinliği olarak görmektedirler. Yapılan araştırma sonucunda para ile oynanan kumar oyunları ile erken tanışan çocuklarda ilerleyen zamanlarda kumar davranışı oluşabilmektedir(Daghestani, ve ark. 1996). Yine bir başka çalışmada ; çoğu genç, kumar oynama durumu hakkında eğlenceli, herhangi bir zararı olmayan bir eylem olarak düşünse de , kumar maruziyeti, ilerleyen dönemlerde bağımlılık boyutuna taşınabilir ve sonucunda psikolojik ve sosyal çevresini , başarısını

etkiler vaziyete evrilebilir(Volberg, ve ark. 2010). İnternet üzerinden ulaşılabilen kumar oyunları da kumar durumunu tetiklemektedir(Shaffer & Korn, 2002).

Tüm bunların neticesinde ebeveynlerin çocuklarına davranış Őekilleri ve model olurken çocuklarına kumar maruziyeti yaşatmayacak aktiviteler planlamaları faydalı olabilir. Aynı Şekilde kumarın iyi tanıtılması ; ilerde bağımlılığa yol açıp gerek maddi gerek manevi hasarlara ve psikolojik durum bozukluklarına neden olabileceği, aynı Şekilde internet üzerinden ulaşılan ve sadece bir oyun gibi görünen kumar oyunlarının da aynı sonuçları doğurabileceği hakkında gerek okullarda düzenlenen seminerler gerek aile seminerleriyle bu durumun yeni nesillerde gelişmesine engel olunabilir.



## KAYNAKÇA

- Akdemir, A., Örsel, S., Dağ, İ., Türkçapar, H., İşcan, N., & Özbay, H. (1996). Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4(4), 251–259.
- Akiskal, H. S. (2005). *Mood disorders: historical introduction and conceptual overview*. B Sadock, V Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbooks of Psychiatry*, vol. 1. London, Lippincott Williams and Wilkins.
- APA, A. P. A. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *DSM-IV*.
- Ashley, L. L., & Boehlke, K. K. (2012). Pathological gambling: A general overview. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44(1), 27–37.
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Association, A. P., Pichot, P., Andreoli, V., Cassano, G. B., & Rossi, R. (1983). *Dsm-3: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Masson.
- Babayiğit, B. (2018). *Kumar Oynama ve Kumar Oynanması İçin Yer ve İmkan Sağlama Fiilleri*.
- Balk, D. E. (1995). *Adolescent development: early through late adolescence*. Pacific Grove: Brooks. Cole Publishing Company.
- Balon, R. (2005). The Biology of Gambling. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 201.
- Bandura, A. (2010). Self-efficacy. *The Corsini Encyclopedia of Psychology*, 1–3.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*, 78(2), 490–498.
- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*, 4(6), 561–571.
- Becona, E., del Carmen Lorenzo, M., & Fuentes, M. J. (1996). Pathological gambling and depression. *Psychological Reports*, 78(2), 635–640.
- BENER, S. S. (2008). Eski Yunan ve Roma'da Oyun ve Oyuncaklar. *İstanbul: İstanbul*

- Black, D. W., Shaw, M. C., McCormick, B. A., & Allen, J. (2012). Marital status, childhood maltreatment, and family dysfunction: A controlled study of pathological gambling. *The Journal of Clinical Psychiatry, 73*(10), 1293.
- Blaszczynski, A., & McConaghy, N. (1989). Anxiety and/or depression in the pathogenesis of addictive gambling. *International Journal of the Addictions, 24*(4), 337–350.
- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction, 97*(5), 487–499.
- Blaszczynski, A. P., & McConaghy, N. (1988). SCL-90 assessed psychopathology in pathological gamblers. *Psychological Reports, 62*(2), 547–552.
- 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.
- Can, M. Ş. (2007). İlköğretim II. kademe öğrencilerinde görülen “madde bağımlılığı” alışkanlığı. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.*
- Daghestani, A. N., Elenz, E., & Crayton, J. W. (1996). Pathological gambling in hospitalized substance abusing veterans. *The Journal of Clinical Psychiatry.*
- DEMET, M. M. (2009). Patolojik kumar oynama. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics, 2*(1), 35–45.
- Derogatis, L. R. (1992). *The brief symptom inventory (BSI): administration, scoring & procedures manual-II.* Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Factorial invariance across gender for the primary symptom dimensions of the SCL-90. *British Journal of Social and Clinical Psychology, 16*(4), 347–356.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Covi, L., & Rickels, K. (1971). Neurotic symptom dimensions: As perceived by psychiatrists and patients of various social classes. *Archives of General Psychiatry, 24*(5), 454–464.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science, 19*(1), 1–15.
- Derogatis, L. R., Rickels, K., & Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step

- in the validation of a new self-report scale. *The British Journal of Psychiatry*, 128(3), 280–289.
- Duval, F., Lebowitz, B. D., & Macher, J.-P. (2006). Treatments in depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(2), 191.
- Felsten, G. (1996). Five-factor analysis of Buss--Durkee Hostility Inventory neurotic hostility and expressive hostility factors: implications for health psychology. *Journal of Personality Assessment*, 67(1), 179–194.
- Francis, K. L., Dowling, N. A., Jackson, A. C., Christensen, D. R., & Wardle, H. (2015). Gambling motives: Application of the reasons for gambling questionnaire in an Australian population survey. *Journal of Gambling Studies*, 31(3), 807–823.
- 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.
- Gökler, B. (1978). Nevrotik kadın hastaların ilkokul çağındaki çocuklarının ruhsal belirtiler yönünden değerlendirilmesi. *Ankara: Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Bölümü, (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi)*.
- 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.
- Güriz, S. O., Ekinci, A., & Türkçapar, M. H. (2012). Bir patolojik kumar hastasının bilişsel davranışçı terapisi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1, 105–112.
- Hamilton, M. A. X. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50–55.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 23: 56–62. [View Article](#).
- Hamilton, Max. (1980). Rating depressive patients. *The Journal of Clinical Psychiatry*.
- Hardoon, K. K., & Derevensky, J. L. (2002). Child and adolescent gambling behavior: Current knowledge. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(2), 263–281.
- Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J. Psychol.*, 7, 3–13.

- Jacobs, D. F. (1986). A general theory of addictions: A new theoretical model. *Journal of Gambling Behavior*, 2(1), 15–31.
- Kalyoncu, Ö. A., Pektaş, Ö., & Mırsal, H. (2003). Patolojik Kumar Oynama: Biyopsikososyal yaklaşım. *Bağımlılık Dergisi*, 4, 76–80.
- Karakehya, H. (2013). *Kumar oynanması için yer ve imkân sağlama suçu*.
- Karamustafaloğlu, O. (2010). Akpınar A. Anksiyete bozuklukları. *Karamustafaloğlu (Editör) Aile Hekimleri İçin Psikiyatri. 1. Baskı, İstanbul: MT Uluslararası Yayıncılık*, 71–88.
- Katon, W., Kleinman, A., & Rosen, G. (1982). Depression and somatization: a review: Part I. *The American Journal of Medicine*, 72(1), 127–135.
- Kellner, R. (1990). Somatization: theories and research. *Journal of Nervous and Mental Disease*.
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217.
- Lightsey Jr, O. R., & Hulsey, C. D. (2002). Impulsivity, coping, stress, and problem gambling among university students. *Journal of Counseling Psychology*, 49(2), 202.
- Linden, R. D., Pope, H. G., & Jonas, J. M. (1986). Pathological gambling and major affective disorder: preliminary findings. *The Journal of Clinical Psychiatry*.
- Lipman, L. R., Derogatis, L. R., & Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale—preliminary report. *Psychopharmacol Bull*, 9, 13–28.
- Lipowski, Z. J. (1990). Somatization and depression. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*.
- Morrison, J. (2016). DSM-5'i kolaylaştıran klinisyenler için tanı rehberi (1. Baskı). *H. Uğur Kural, Çev.*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık. (Orijinal Çalışma Basım Tarihi 2014).
- Paris, J. J., Franco, C., Sodano, R., Frye, C. A., & Wulfert, E. (2010). Gambling pathology is associated with dampened cortisol response among men and women. *Physiology & Behavior*, 99(2), 230–233.
- Parke, J., & Griffiths, M. (2004). *Gambling addiction and the evolution of the "near miss"*.
- Pietrzak, R. H., & Petry, N. M. (2005). Antisocial personality disorder is associated

- with increased severity of gambling, medical, drug and psychiatric problems among treatment-seeking pathological gamblers. *Addiction*, 100(8), 1183–1193.
- Pınarcı, G. (2014). *Üniversite öğrencilerinde kumar oynama, patolojik kumar bağımlılığı ve ilişkili karakter özellikleri (Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi, Madde Bağımlılığı Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü, İzmir)*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Madde Bağımlılığı ....
- PREYDE, M., & ADAMS, G. (2008). Foundations of addictive Problems: Developmental, social and neurobiological factors. In *Adolescent Addiction* (pp. 3–16). Elsevier.
- Rizeanu, S. (2014). The efficacy of cognitive-behavioral intervention in pathological gambling treatment. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 127, 626–630.
- Rosenberg, M. (1986). *Conceiving the self*. RE Krieger.
- Roy, A., Custer, R., Lorenz, V., & Linnoila, M. (1989). Personality factors and pathological gambling. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80(1), 37–39.
- Sahin, N., & Durak, A. (1994). Kisa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory-BSI): Turk Gencleri Icin Uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*.
- Şahin, N. H., & Şahin, N. (1992). Adolescent guilt, shame, and depression in relation to sociotropy and autonomy. *The World Congress of Cognitive Therapy, Toronto*, 17–21.
- Schuckit, M. A. (2013). Editor's corner: DSM-5—Ready or not, here it comes. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 74(5), 661–663.
- Shaffer, H. J., & Korn, D. A. (2002). Gambling and related mental disorders: A public health analysis. *Annual Review of Public Health*, 23(1), 171–212.
- Smith, N., Kitchenham, N., & Bowden-Jones, H. (2011). Pathological gambling and the treatment of psychosis with aripiprazole. *The British Journal of Psychiatry*, 199(2), 158–159.
- Sood, E. D., Pallanti, S., & Hollander, E. (2003). Diagnosis and treatment of pathologic gambling. *Current Psychiatry Reports*, 5(1), 9–15.
- 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.
- Stein, D. J. (2013). What is a mental disorder? A perspective from cognitive-affective

- science. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(12), 656–662.
- Suomi, A., Dowling, N. A., & Jackson, A. C. (2014). Problem gambling subtypes based on psychological distress, alcohol abuse and impulsivity. *Addictive Behaviors*, 39(12), 1741–1745.
- Tan, H. (1970). Akademik Psikolojide Ego veya Benlik (Self) Kavramı. *Hacettepe Üni. Sos. Bil. Dergisi*.
- TUİK. (2019).<http://www.tuik.gov.tr>
- Volberg, R. A., Gupta, R., Griffiths, M. D., Olason, D. T., & Delfabbro, P. (2010). An international perspective on youth gambling prevalence studies. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 22(1), 3–38.



## EKLER

### Ek 1. Onam Formu

#### ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

#### TÜRKİYE BAĞIMLILIK VE RUH SAĞLIĞI HARİTASI PROJESİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ.

Sizi Üsküdar Üniversitesi tarafından yürütülen “**TÜRKİYE BAĞIMLILIK VE RUH SAĞLIĞI HARİTASI PROJESİ**” projesine davet ediyoruz. Bu projeye katılıp katılmama kararını vermeden önce, projenin neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bizimle **iletişime** geçebilirsiniz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Projeye **katılmama** veya katıldıktan sonra istediğiniz anda projeden çıkma hakkına sahipsiniz. Bu formlardan elde edilecek bilgiler bilimsel çalışma olarak değerlendirilip sizlere daha iyi hizmet vermek amacı ile kullanılacaktır.

#### **Projeye İlgili Bilgiler:**

##### **a. Projenin Amacı:**

- Yeme, Sosyal Medya, Kumar, Oyun, Alışveriş, Cinsellik/Porno Bağımlılığı, Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı, Mutluluk, Kişisel iyi oluş, Duygu düzenleme, Duygu Körlüğü, Bağlanma özelliklerini ve birbirleriyle olan ilişkisini incelemeyi amaçlamaktadır.

**b. Projenin Nedeni:**

Sahip olduğunuz yeteneklerinizin, özgür iradenizin, duygu kontrollerinizin, yaşamlarınızın içerisinde ki motivasyonlarınızın birtakım duygusal ve bilişsel bağımlılıklarınızla bölünmesinin hayatınıza yük getirmektedir. Bu nedenle sizlerin yaşamınızda ki bu unsurlarla ilgili mücadelenize bilimsel olarak katkı sağlanabilmesi için, hayatlarınıza hangi ölçüde etki ettiğinin bulunabilmesi gerekir.

**c. Projenin Öngörülen Süreçleri:**

Projemizde, hedef gruplarınıza verilen yukarıda sayılan özellikler için uyarlanmış ölçekler sunulmuştur. Bu ölçeklerden alınan veriler, Üsküdar Üniversitesinde Klinik Psikoloji üzerine yüksek lisans eğitimi alan 120 öğrencinin Tez konularını oluşturacaktır. Vermiş olduğunuz veriler, istatistiksel olarak inceleniyor olacak, herhangi bir kimlik bilgisi analizlerde kullanılmayacaktır.

**d. Katılması Beklenen Katılımcılar ve Sayıları:**

Proje kapsamında Türkiye'nin 26 bölgesinden 24 bin katılımcıdan toplanacak olan veriler dahil edilecektir, Elde edilen veriler kasım ayının sonuna doğru analizleri tamamlanarak, yazım aşamasına geçilecektir.

**e. Projenin Yapılacağı Yer ve İletişim Bilgileri:**

Proje Üsküdar Üniversitesinde yapılacaktır.

**Çalışmaya Katılım Onayı:**

Yukarıda yer alan ve projeden önce katılımcılara/gönüllülere verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkındaki

yazılı açıklamanın tamamını okudum, anlamadığım kısımları iletişim bölümünden sorma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda Bağımlılık projesine kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın çocuğumun ve kendimin sisteme dahil edilmesini istiyorum ve kabul ediyorum.

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

Anketi uygulayan ve yaka kartına sahip klinik psikologdan detaylı bilgiyi öğrenebilirsiniz.

Klinik Psikolog İsim Soy İsim : ..... Gönüllünün Baş Harfleri: .....

Yer : İl olarak Doldurulacak: ..... İmza : .....

Görüşmenin Bittiği Saat : ..... Tarih: .....

Gönüllünün Başharfleri : .....

Adres ve Telefon : .....

## Ek 2. Sosyo-Demografik Soru Formu

### Tarih:

Görüşmeye başladığımız saati Aşağıya Lütfen Yazınız. Teşekkürler (Örn: 12:34 Şeklinde olacaktır)

Görüşmeye Başlanan Saat: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

**1. Cinsiyetiniz?** Kadın ( ) Erkek ( )

**2. Doğum yılınız:** .....

**3. Kaç kilosunuz?** .....Kg

**4. Boy uzunluğunuz nedir?** .....cm

**5. Eğitim durumunuz nedir?**

Okur Yazar değil ( ) Okur Yazar ( )

İlkokul Mezunu ( ) Ortaokul Mezunu ( )

Lise Mezunu ( ) Üniversite ( ) Yüksek Lisans ( )

**5. Medeni Durumunuz Nedir?**

Evli ( ) Bekar ( ) Ayrılmış (Boşanma yada Vefat ile) ( )

**6. Çocuğunuz var mı? Varsa kaç çocuğunuz var?**

0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ve daha fazla ( )

**7. Yılın büyük bölümünü geçirdiğiniz hanede kaç kişi yaşıyorsunuz?**

0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ve daha fazla ( )

**8. Yılın büyük bölümünü geçirdiğiniz hanede kaç kişi ücretli bir işte çalışıyor?**

0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ve daha fazla ( )

**9. Sigara kullanıyor musunuz?** Evet ( ) Hayır ( ) Bıraktım ( )

**10. Günde kaç adet sigara tüketiyorsunuz?** Eğer Kullanmıyorsanız cevaplamayınız.

0- 10 Tek ( ) 11- 20 Tek ( ) 21-40 Tek ( ) 41'dan Fazla ( )

**11. Kaç yıldır Sigara Kullanıyorsunuz?** (Yıl) Eğer Kullanmıyorsanız cevaplamayınız.

0-5 Yıl ( ) 6-10 ( ) 11-15 ( ) 16- 20 ( ) 21 yıldan fazla ( )

**12. Alkol Kullanıyor musunuz?**

Evet ( ) Hayır ( ) Bıraktım ( )

**13. Ne Sıklıkla Alkol Alıyorsunuz? Eğer Kullanmıyorsanız cevaplamayınız.**

Ayda 1-2 defa ( ) Haftada 1-2 defa ( ) Hemen hemen Hergün ( )

**14. Aşağıdaki Maddelerden Doktor Önerisi dışında düzenli olarak aldığınız/ denediğiniz maddeleri işaretleyiniz.**

1. Esrar ( ) 4. Morfin ( ) 7. Bozai ( )  
2. Bali ( ) 5. Kokain ( ) 8. Eroin ( )  
3. Tiner ( ) 6. Meta-amfetamin ( ) 9. Ekstazi ( )

15. Hiç psikiyatriste gittiniz mi?

Daha önce gitmişim ( ) Halen Tedavi Görüyorum ( ) Hayır gitmedim ( )

**15. Ruhsatlı yada Ruhsatsız Silahınız var mı? ( )**

Silahım yok ( ) Ruhsatlı Silahım Var ( ) Ruhsatsız Silahım Var ( )

**16. Günlük Yaşamda Kendinizi Güvende Hissetmek için Çantanızda/ Cebinizde/ Aracınızda bulundurduğunuz Aletler varsa işaretleyiniz. Birden Fazla Seçim Yapabilirsiniz. Eğer taşıyorsanız. Hiçbirini işaretleyiniz.**

Ateşli Silah ( ) Çakı/Bıçak ( ) Birber Gazı ( )

Elektirikli/Pilli bir cihaz ( ) Kesici/Delici Başka bir alet ( ) Hiçbiri ( )

**17. Vücudunuzda Herhangi bir engel var mıdır? Varsa aşağıda işaretleyiniz.**

Görme Engelli ( )

İşitme Engelli ( )

Zihinsel Engelli ( )

Ortopedik Engelli ( )

Kronik Hastalık ( )

Herhangi bir Engelim Yok ( )

### Ek 3. Davranış Etkileme Yüğü Formu

Aşağıda birçok kişinin günlük rutininin bir parçası olan alanlar vardır. Bu anketin amacı bu rutinlerinizin hayatınıza ne kadar etki ettiğini öğrenenbilmektir. Her bir maddede bu alanların sizin yaşamınıza en yüksek seviyede ki etkilerini tanımlamaktadır. Sizden her bir alan için bu maddenin size ne kadar uyduğunu tespit etmenizi rica ediyoruz.

Lütfen her bir davranış için

0-Hiç yaşamıyorum

5-Orta düzeyde yaşıyorum

10-Tam olarak bu şekilde yaşıyorum.

Aşağıdaki Davranış Tanımları

**Kumar** (Herhangi bir kumarhanede Kumar Oynamak, / bahis oynamak / iddia veya at yarışı oynamak gibi konuları kapsar)

**Sosyal Medya** (İnstagram, Facebook, Snapchat, Twitter, Youtube)

**Oyun** (Mobil Oyunlar, Playstation, Çevirim içi Oyunlar, Bilgisayar oyunları, Her türlü teknoloji alt yapısı olan oyunlar)

**Alışveriş** (Online, Mobil, ya da Herhangi bir mağazada ürünlere bakmak, Sepete koymak, satın almak yada alınmasa bile alıp bırakmak için vakit harcamak)

**Yemek Yeme** (Herhangi bir Yiyecek türüne karşı olan ilgi, ya da yemek yemeğin kendisine yönelik istek)

**Cinsellik/Porno** (Cinsel fantazi kurmak porno izlenmesi, masturbasyon, yada cinsel ilişkiye girmeye yönelik davranış)

**Örnek**

Kumar ( 0 - 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10)

**1. Hayatımın Merkezinde olmaya başladı, sık sık aklıma geliyor ve sık sıkta yapıyorum/ kullanıyorum. Eğer yapamayacak ve kullanamayacak durumda olursam, ne zaman yapacağımı düşünüyorum. Ne zaman yapacağımı planlarsam biraz olsun rahatlıyorum. Ama bazen o kadar şiddetli bir istek oluyor ki, bir yol bulup yapıyorum/kullanıyorum, engelleyemiyorum.**

Kumar	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
Alışveriş	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
Sosyal Medya	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
Yemek Yeme	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
Oyun	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
Cinsellik/Porno	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)

**2. Bazen canım sıkıldığında, bazen boşlukta, bazen mutluyken bile aklıma geliyor ve yapıyorum. Birçok kez sorunlarım arttığında isteğimin de arttığını görüyorum ve yapmazsam zihnim rahatlamıyor. Çoğu zaman yaptıktan sonra rahatlayıp, yapmam gereken işe odaklanabiliyorum. Sanki canlanıyorum.**

Kumar	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
Alışveriş	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
Sosyal Medya	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
Yemek Yeme	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
Oyun	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
Cinsellik/Porno	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)

**3. Aynı oranda yapsam bile bazen o oran bana yetmeyebiliyor, daha fazla yapmam gerekiyor. Süre ve miktarı giderek arttırmak zorunda kalıyorum, yoksa rahatlamıyorum.**

Kumar	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
Alışveriş	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
Sosyal Medya	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
Yemek Yeme	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
Oyun	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
Cinsellik/Porno	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)

**4. Yapmamın mümkün olmadığı bir yerde olduğumda, ya da kendimi engellemeye çalıştığımda, ya da biri benim bu sorunumu görüp engellediğinde, çok sıkıntı çekiyorum ve vücudumda da gerginliğimin belirtileri oluyor.**

Kumar	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
Alışveriş	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
Sosyal Medya	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
Yemek Yeme	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
Oyun	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
Cinsellik/Porno	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)

**5. Yapıyor olmam benim çevremle ilgili sorunlar yaşamama neden oluyor, sosyal yaşamım zarar görebiliyor, işimi aksatabiliyorum. Bu konuda sık sık eleştiri alıyorum.**

Kumar	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
Alışveriş	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
Sosyal Medya	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
Yemek Yeme	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
Oyun	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
Cinsellik/Porno	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)

**6. Bu davranışı bıraksam da yeniden tetiklenebiliyor ve hiç bırakmamışım gibi yapmaya devam edebiliyorum.**

Kumar	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
Alışveriş	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
Sosyal Medya	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
Yemek Yeme	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
Oyun	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
Cinsellik/Porno	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)



#### Ek 4. Kısa Semptom Envanteri

Aşağıda insanların duygularını kontrol etmekte kullandıkları bazı yöntemler verilmiştir. Lütfen her durumu dikkatlice okuyunuz ve her birinin sizin için ne kadar doğru olduğunu içtenlikle değerlendiriniz. Değerlendirmenizi uygun cevap önündeki yuvarlak üzerine çarpı (X) koyarak işaretleyiniz.

	Neredeyse Hiçbir Zaman	Bazen	Yaklaşık, Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Neredeyse Her Zaman
1. İçinizdeki sınırlılık ve titreme hali					
2. Baygınlık, baş dönmesi					
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri					
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu					
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu					
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme					
7 Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar					
8. Meydanlık(açık) yerlerden korkma duygusu.					
9. Yaşamınıza son verme düşüncesi.					
10. İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi.					
11. İştahta bozukluklar.					
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular.					

	Neredeyse Hiçbir Zaman	Bazen	Yaklaşık, Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Neredeyse Her Zaman
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları.					
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme.					
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme.					
16. Yalnızlık hissetme.					
17. Hüzünlü, kederli hissetme.					
18. Hiçbir şeye ilgi duymamak.					
19. Kendini ağlamaklı hissetme.					
20. Kolayca incinebilme, kırılma.					
21. İnsanların sizi sevmediğini, size kötü davrandığına inanma.					
22. Kendini diğer insanlardan daha aşağı görmek.					
23. Mide bozukluğu, bulantı.					
24. Diğer insanların sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu.					
25. Uykuya dalmada güçlük.					
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek.					
27. Karar vermede güçlükler.					
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkma.					
29. Nefes darlığı, nefessiz kalma.					
30. Sıcak, soğuk basmaları.					

	Neredeyse Hiçbir Zaman	Bazen	Yaklaşık, Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Neredeyse Her Zaman
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak.					
32. Kafanızın bomboş kalması.					
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar.					
34. Hatalarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi.					
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları.					
36. Dikkati bir şey üzerine toplamada güçlük.					
37. Bedenin bazı bölgelerinde, zayıflık, güçsüzlük hissi.					
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme.					
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler.					
40. Birini dövme, ona zarar verme yaralama isteği.					
41. Bir şeyleri kırma, dökme isteği.					
42. Diğer insanların yanında iken yanlış bir şey yapmamaya çalışmak.					
43. Kalabalıklardan rahatsızlık duymak.					
44. Başka insanlara hiç yakınlık duymamak.					
45. Dehşet ve panik nöbetleri.					
46. Sık sık tartışmaya girmek.					
47. Yalnız kaldığında sinirlilik hissetme.					
48. Başarılarınıza rağmen diğer insanlardan yeterince takdir görmemek.					

	<b>Neredeyse Hiçbir Zaman</b>	<b>Bazen</b>	<b>Yaklaşık, Yarı Yarıya</b>	<b>Çoğu Zaman</b>	<b>Neredeyse Her Zaman</b>
49. Kendini yerinde duramayacak kadar tedirginlik hissetmek.					
50. Kendini değersiz görme duygusu.					
51. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu.					
52. Suçluluk duyguları.					
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri.					

## ÖZGEÇMİŞ

SENA ÇALIN

### İLETİŞİM BİLGİLERİ

Tel :0506795134

E-Mail: [calin.sena@gmail.com](mailto:calin.sena@gmail.com)

### EĞİTİM BİLGİLERİ

2019	Yüksek Lisans Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji
2011-2015	İstanbul Bilim Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji
2006-2010	Kırıkkale Lisesi

### STAJ VE İŞ DENEYİMLERİ

Ağustos 2018 / Ocak 2019

Üsküdar Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık Birimi (İstanbul Avrupa) Psikolog-  
Süpervizyon Kapsamında Vaka Takibi

Ayrılma Nedeni: Proje- Halen

Eylül 2018 / Ekim 2018

Np Beyin Hastanesi (İstanbul Anadolu) Stajyer Psikolog

Ayrılma Nedeni:Staj

Eylül 2017 / Kasım 2017

Özel Dora Akademi Eğitim Ve Rehabilitasyon Merkezi (İstanbul Avrupa)

Psikolog-Psikolojik değerlendirme ve rehabilitasyon

Ayrılma Nedeni:Yüksek lisans

2015-2017

Yağmur Çocuklar Psikolojik Danışmanlık ve Rehabilitasyon Merkezi

Psikolog

Eylül 2013 / Mayıs 2015

İstanbul Florance Nightingale Spina Bfida Kliniği (İstanbul Avrupa)

StajyerStajyer Psikolog

Ayrılma Nedeni:Staj

Eylül 2013 / Ocak 2014

Akasya Koleji (İstanbul Anadolu)Danışmanlık

Psikolog

Ayrılma Nedeni:Staj

### **ALINAN EĞİTİM VE SERTİFİKALAR**

Çocuk Gelişim Testleri

Wisc-R (Zeka Testi)

Moxo (Dikkat Testi)

Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Eğitimi

Üsküdar Üniversitesi : Bilişsel Davranışçı Terapi (42 saat Yüksek Lisans

Eğitimi+Supervizyon)

### **KİŞİSEL/MESLEKİ BİLGİ**

2018-Halen: Türkiye Bağımlılık ve Ruh Sağlığı Projesi Araştırmacısı

2018-Halen: Türkiye Bağımlılık ve Ruh Sağlığı Projesi Kapsamında Yüksek Lisans

(Uzmanlık) Tezi

2016-2018: PROJE KAPSAMINDA OKUL VE KURULUŞLARA PSİKOEĞİTİM VE

DAVRANIŞSAL MÜDAHALE EĞİTİMİ (EĞİTİMCİ PSİKOLOG) (Kabataş Erkek

Lisesi, Korkmaz Yiğit Anadolu Lisesi, Beşiktaş Atatürk Anadolu Lisesi, Açı Okulları,

İstanbul Üniversitesi(Laleli), BNI -BBuddies Gönüllüleri)

2015- Halen: BEST BUDDİES PROJESİ E-D-Y(ENGELLİYE DOĞRU YAKLAŞIM)

EĞİTİMİ SEMİNERİ (EĞİTİMCİ- PSİKOLOG)