



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

KUMAR BAĞIMLILARINDA VE SAĞLIKLI BİREYLERDE
AİLE İŞLEVSELLİĞİ VE ÖZKONTROLÜN
KARŞILAŞTIRILMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Abdulkadir Emre ÖZKAN

Lefkoőa
Ocak, 2023

ABDULKADİR EMRE
ÖZKAN

KUMAR BAĞIMLILARINDA VE
SAĞLIKLI BİREYLERDE
AİLE İŞLEVSELLİĞİ VE
ÖZKONTROLÜN
KARŞILAŞTIRILMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2023

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

KUMAR BAĞIMLILARINDA VE SAĞLIKLİ BİREYLERDE
AİLE İŞLEVSELLİĞİ VE ÖZKONTROLÜN
KARŞILAŞTIRILMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Abdulkadir Emre ÖZKAN

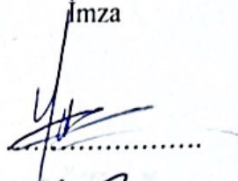
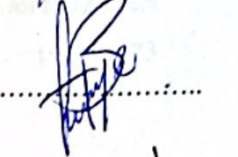
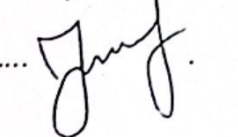
Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Hande ÇELİKAY SÖYLER

LefkoŐa


Ocak, 2023

Onay

Abdulkadir Emre ÖZKAN tarafından hazırlanan “**Kumar Bağımlarında ve Sağlıklı Bireylerde Aile İşlevselliği ve Özkontrolün Karşılaştırılması**” başlıklı tez, kapsam ve nitelik açısından kalite standartlarına uygunluğu ile ilgili Klinik Psikoloji Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak tarihinde kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri	Adı – Soyadı	İmza
Jüri Başkanı:	Yrd.Doç.Dr. Yasemin SORAKIN	
Jüri Üyesi:	Dr.Psk.Fahriye BALKIR	
Danışman:	Yrd.Doç. Dr. Hande ÇELİKAY SÖYLER....	

Anabilim/ Anasanat Dalı Başkanı Onayı

 - 14.10.2023
Doç.Dr.Meryem KARAAZİZ

Anabilim/Anasanat Dalı Başkanı

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Onayı

 - 14.10.2023
Prof. Dr. Kemal Hüsnü Can BAŞER
Enstitü Müdürü



Etik İlkelere Uygunluk Beyanı

Bu tezin içinde sunduğum verileri, bilgileri ve belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçlarıbilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu; çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce, sonuç ve bilgilere bilimsel etik kurallar gereği olarak eksiksiz şekilde uygun atıf yaptığımı ve kaynak göstererek belirttiğimi beyan ederim.

Abdulkadir Emre ÖZKAN

19/01/2023

Teşekkür

Her safhası emek kokan bir süreci bitirmenin mutluluğu ile bu sayfayı Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde 2015 senesinden bu yana hayatıma dokunan değerli insanlara teşekkür etmek için değerlendireceğim.

Öncelikle bendenize tüm yaşantımda her manada destek olduklarında ötürü başta sevgili annem Dilek ÖZKAN'a, babam Abdullah ÖZKAN'a kardeşim Şevval Zehra ÖZKAN'a teşekkür ederim. Akademik hayatımın lisanstan sonra yüksek lisans ile devam ettiği bu sürece dek tanımış olduğum lisans ile başlayan akademik öğretilerinin yanı sıra dostluğunu da kazanmaktan onur ve mutluluk duyduğum Ozan Onur ERDOĞAN ve Cansu YILDIRIM ERDOĞAN'a, yayınları ile çalışmama ışık tutan sayın Prof. Dr. Mehmet ÇAKICI'ya, her sorunumuzda öğrenci yanlısı yaklaşımı ile bizlere arkadaş samimiyeti ile yaklaşan sayın bölüm başkanımız Doç.Dr. Meryem KARAAZİZ'e, çalışmamın konu belirleme, ölçek saptama, içerik ve saha araştırmaları, analiz ve değerlendirme gibi tüm araştırma sürecimde başından sonuna kadar en az benim kadar desteği ve emeği olan Sayın Yrd. Doç. Dr.Hande ÇELİKAY SÖYLER'e yanı sıra etik kuruldan tez savunma jürisine kadar çalışmama vakit ayırıp değerlendiren tüm saygı değer akademisyenlerime teşekkürü borç bilirim.

Saygılarımla.

Psikolog Abdulkadir Emre ÖZKAN

Özet

Kumar Bağımlılarında Ve Sağlıklı Bireylerde Aile İşlevselliği

Ve Özkontrolün Karşılaştırılması

Özkan, Abdulkadir Emre Yüksek Lisans,

Klinik Psikoloji Bilim Dalı 01.2023, 201 sayfa

Günümüz dünyasında teknolojinin gelişmesi ve modernleşme ile beraber erişimin kolaylaşmasından dolayı kumar sosyal hayatın bir parçası haline gelmiştir. Araştırmada Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde bulunan 4 kumarhanede ve 3 çevrimiçi bahis sitesinde çalışan ve sosyal hayatlarında kumar oynayan 349 katılımcıya ulaşıldı. Araştırmaya katılan bireylere Bilgilendirmiş Onam Formu, Sosyodemografik Bilgi Formu, South Oaks Kumar Tarama Formu Ölçeği, Aile Değerlendirme Ölçeği ve Özkontrol-Özyönetim Ölçeği uygulanmıştır. Araştırma sonucunda patolojik kumar oynayan kadın katılımcıların özkontrol puan ortalamaları, patolojik kumar oynayan erkek katılımcılardan anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Patolojik kumar oynayan kadın katılımcıların aile değerlendirme, problem çözme, davranış kontrolü, iletişim ve aile işlevsellik puanları patolojik kumar oynayan erkek katılımcılara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Araştırma sonucunda lisans mezunu kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanı ortalamaları, lise mezunu kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanı ortalamalarından istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Araştırmada kumar oynama davranışı ile aile işlevselliği ve özkontrol puanları arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Öz kontrol düzeylerinin kumar oynama davranışlarını tetikleyebileceği göz önüne alındığında, kumar oynama davranışını önleme çalışmalarında heyecan arama düzeylerini en aza indirme ve öz kontrol davranışlarını arttırmaya yönelik etkinliklerin planlanmasının yanı sıra eğitim düzeyinin düşük olması öz kontrol düzeyleri için risk faktörü olduğu görülmüş ve klinisyenler tarafından eğitim düzeyi düşük olan bireylerin öz kontrol davranışlarını arttırmaya yönelik etkinliklerin planlanmasının etkili sonuçlar verebileceği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Kumar Bağımlılığı, Aile İşlevselliği, Öz-Kontrol.

Abstract

Family Functioning in Gambling Addicts and Healthy Individuals

Comparison of Self-Control and Self-control

Ozkan, Abdulkadir Emre MSc,

Clinical Psychology Department 01.2023, 201 pages

In today's world, gambling has become a part of social life due to the development of technology and the ease of access with modernization. In the research, 349 participants who work in 4 casinos and 3 online betting sites in the Turkish Republic of Northern Cyprus and gamble in their social lives were reached. Informed Consent Form, Sociodemographic Information Form, South Oaks Gambling Screening Scale, Family Evaluation Scale and Self-Control-Self-Management Scale were applied to the individuals participating in the study. As a result of the research, the mean self-control scores of female participants who play pathological gambling were found to be significantly lower than male participants who play pathological gambling. Family evaluation, problem solving, behavioral control, communication and family functionality scores of female participants who play pathological gambling were found to be significantly higher than male participants who play pathological gambling. As a result of the research, the self-control-self-management score averages of undergraduate gambling addicts were found to be statistically higher than the self-control-self-management averages of high school graduate gambling addicts . Significant relationships were found between gambling behavior and family functionality and self-control scores in the study. Considering that self-control levels can trigger gambling behaviors, it has been seen that low education level is a risk factor for self-control levels, as well as planning activities to minimize sensation seeking levels and increase self-control behaviors in studies to prevent gambling behavior. It is thought that planning activities to increase self-control behaviors of individuals with low self-control can yield effective results .

Key words : Gambling Addiction, Family Functioning, Self-Control.

İçindekiler

Onay	iii
Etik İlkere Uygunluk Beyanı	iv
Teşekkür.....	1
Özet	2
Abstract	3
Tablo Listesi.....	7
Kısaltmalar	10

BÖLÜM I

Giriş.....	11
Problemin Durumu	13
Araştırmanın Amacı	14
Araştırmanın Önemi.....	15
Sınırlılıklar	15
Tanımlar	16

BÖLÜM II

Kuramsal Ve Kavramsal Çerçeve	17
Bağımlılık Nedir?.....	17
Kumar Bağımlılığı	23
Patolojik Kumar Oynama Davranışı	26
Kumar Bağımlılığı Epidemiyolojisi	27
Kumar Bağımlılığı Etiyolojisi.....	29
Kumar Oynama Bozukluğunda Nörobiyolojisi.....	31
Kumar Oynama Bozukluğunda Genetik Faktörü	32
Kumar Bağımlılığı Prognozu	33
Kumar Bağımlılığı Risk Etmenleri	34
Şans Oyunlarının Türleri.....	34
Bahis	34
At Yarışı	35
Loto	35
Kumar Bağımlılığının Evreleri	35
Kazanma Evresi	35

Şansın Dönme Evresi	36
Tükenme Evresi	36
Teslimiyet Evresi	36
Kumar Oynama Yaygınlığı.....	36
Kumar Oynama Bozukluğu Tedavisi.....	37
Farmakoterapi.....	38
Psikoterapi	40
Kendine Yardım Grupları.....	42
Kumar Bağımlılığını Önleme Çalışmaları	42
Öz Kontrol	43
Öz Kontrol Teorileri.....	46
Geçici İndirim Teorisi	46
Otomatik Çaba/Süreç Teorisi	47
Duygu Bilişe Karşı.....	47
Öz Kontrol Yapısal Yaklaşım Modeli.....	48
Öz Kontrol Güç Modeli	48
Aile Kavramı.....	50
Aile Sistemi ve Kavramları	51
Aile İşlevselliği ve Modelleri	53
Sağlıklı (İşlevsel Aile) ve Sağlıksız (İşlevsiz Aile)	57
İlgili Araştırmalar.....	59

BÖLÜM III

Yöntem.....	65
Araştırma Modeli	65
Evren Örnekleme	65
Verilerin Analizi.....	68
Veri Toplama Araçları	70
Sosyodemografik Bilgi Formu	70
South Oaks Kumar Tarama Testi Ölçeği	71
Aile Değerlendirme Ölçeği	71
Özkontrol-Özyönetim Ölçeği-ÖKYÖ	72

BÖLÜM IV

Bulgular Ve Yorumlar	74
Aile Değerlendirme Ölçeği ve Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Sağlıklı ve Kumar Bağımlısı Bireylere Göre İncelenmesi.....	74
Sağlıklı ve Kumar Bağımlısı Bireylere Göre Aile Değerlendirme Ölçeği ve Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeği Arasındaki Korelasyonel İlişkinin İncelenmesi.....	77
Aile Değerlendirme Ölçeği ve Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Demografik Özellikler ile İlişkinin İncelenmesi	85
Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi	85
Aile Değerlendirme Ölçeğinin Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi	112
Aile Değerlendirme Ölçeği ve Öz kontrol-Özyönetim Ölçeğinin South Oaks....	
Kumar Testi Ölçeği Üzerindeki Yordayıcı (Regresyon) Etkisinin İncelenmesi	160

BÖLÜM V

Tartışma	161
----------------	-----

BÖLÜM VI

Sonuç.....	167
Öneriler	169
Klinisyene Öneriler	169
Kurumlara Yönelik Öneriler	169
Araştırmacılara Yönelik Öneriler	170
Kaynakça.....	171
EKLER.....	189
Ek-1 Aydınlatılmış Onam Formu.....	189
Ek-2 Bilgilendirilmiş Onam Formu	190
Ek-3 Katılımcı Demografik Formu	191
Ek-4 South Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT) Türkçe Formu.....	192
Ek-5 Ek-5 Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ).....	193
Ek-6 Özkontrol-Özyönetim Ölçeği-(ÖKYÖ)	194
Ek-7 Ölçek İzinleri	195
Özgeçmiş.....	196
İntihal Raporu.....	197
Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Onayı	198

Tablo Listesi

Tablo 1. Örneklemin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	65
Tablo 2. Aile Değerlendirme Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	69
Tablo 3. Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	70
Tablo 4. Aile Değerlendirme Ölçeğinin Kumar Testi Sonucuna Göre T Testi Sonuçları	74
Tablo 5. Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Kumar Testi Sonucuna Göre T Testi Sonuçları	76
Tablo 6. Sağlıklı Bireylere Göre Aile Değerlendirme Ölçeği ve Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeği Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları	77
Tablo 7. Kumar Bağımlısı Bireylere Göre Aile Değerlendirme Ölçeği ve Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeği Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçlar	81
Tablo 8. Sağlıklı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Cinsiyete Göre T Testi Sonuçları ..	85
Tablo 9. Kumar Bağımlısı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Cinsiyete Göre T Testi Sonuçları.....	86
Tablo 10. Sağlıklı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Yaşa Göre ANOVA Sonuçları	86
Tablo 11. Kumar Bağımlısı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Yaşa Göre ANOVA Sonuçları.....	88
Tablo 12. Sağlıklı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Sosyal Güvencelerine Göre ANOVA Sonuçları.....	89
Tablo 13. Kumar Bağımlısı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Sosyal Güvencelerine Göre ANOVA Sonuçları	90
Tablo 14. Sağlıklı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Medeni Durumlarına Göre ANOVA Sonuçları.....	91
Tablo 15. Kumar Bağımlısı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Medeni Durumlarına Göre ANOVA Sonuçları	92
Tablo 16. Sağlıklı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Alkol Kullanımına Göre ANOVA Sonuçları.....	93
Tablo 17. Kumar Bağımlısı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Alkol Kullanımına Göre ANOVA Sonuçları	94
Tablo 18. Sağlıklı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Sigara Kullanımına Göre ANOVA Sonuçları.....	95
Tablo 19. Kumar Bağımlısı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Sigara Kullanımına Göre ANOVA Sonuçları	97
Tablo 20. Sağlıklı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Yaşadığı Yere Göre ANOVA Sonuçları.....	98
Tablo 21. Kumar Bağımlısı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Yaşadığı Yere Göre	

ANOVA Sonuçları	99
Tablo 22. Sağlıklı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Kaldığı Yere Göre ANOVA Sonuçları	100
Tablo 23. Kumar Bağımlısı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Kaldığı Yere Göre ANOVA Sonuçları	101
Tablo 24. Sağlıklı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Kiminle Yaşadığına Göre ANOVA Sonuçları	101
Tablo 25. Kumar Bağımlısı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Kiminle Yaşadığına Göre ANOVA Sonuçları	103
Tablo 26. Sağlıklı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Eğitim Düzeyine Göre ANOVA Sonuçları	104
Tablo 27. Kumar Bağımlısı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Eğitim Düzeyine Göre ANOVA Sonuçları	106
Tablo 28. Sağlıklı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin İşinin Türüne Göre ANOVA Sonuçları	107
Tablo 29. Kumar Bağımlısı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin İşinin Türüne Göre ANOVA Sonuçları	108
Tablo 30. Sağlıklı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Gelir Düzeyine Göre ANOVA Sonuçları	109
Tablo 31. Kumar Bağımlısı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Gelir Düzeyine Göre ANOVA Sonuçları	111
Tablo 32. Sağlıklı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Cinsiyete Göre T Testi Sonuçları ...	112
Tablo 33. Kumar Bağımlısı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Cinsiyete Göre T Testi Sonuçları	113
Tablo 34. Sağlıklı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Yaşa Göre ANOVA Sonuçları	115
Tablo 35. Kumar Bağımlısı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Yaşa Göre ANOVA Sonuçları	117
Tablo 36. Sağlıklı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Sosyal Güvencelerine Göre ANOVA Sonuçları	118
Tablo 37. Kumar Bağımlısı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Sosyal Güvencelerine Göre ANOVA Sonuçları	121
Tablo 38. Sağlıklı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Medeni Durumlarına Göre ANOVA Sonuçları	123
Tablo 39. Kumar Bağımlısı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Medeni Durumlarına Göre ANOVA Sonuçları	125
Tablo 40. Sağlıklı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Alkol Kullanımına Göre ANOVA	

Sonuçları.....	126
Tablo 41. Kumar Bağımlısı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Alkol Kullanımına Göre ANOVA Sonuçları	129
Tablo 42. Sağlıklı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Sigara Kullanımına Göre ANOVA Sonuçları.....	131
Tablo 43. Kumar Bağımlısı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Sigara Kullanımına Göre ANOVA Sonuçları	133
Tablo 44. Sağlıklı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Yaşadığı Yere Göre ANOVA Sonuçları	135
Tablo 45. Kumar Bağımlısı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Yaşadığı Yere Göre ANOVA Sonuçları.....	137
Tablo 46. Sağlıklı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Kaldığı Yere Göre ANOVA Sonuçları	138
Tablo 47. Kumar Bağımlısı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Kaldığı Yere Göre ANOVA Sonuçları.....	140
Tablo 48. Sağlıklı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Kiminle Yaşadığına Göre ANOVA Sonuçları.....	141
Tablo 49. Kumar Bağımlısı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Kiminle Yaşadığına Göre ANOVA Sonuçları	144
Tablo 50. Sağlıklı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Eğitim Düzeyine Göre ANOVA Sonuçları.....	146
Tablo 51. Kumar Bağımlısı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Eğitim Düzeyine Göre ANOVA Sonuçları.....	148
Tablo 52. Sağlıklı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin İşinin Türüne Göre ANOVA Sonuçları	151
Tablo 53. Kumar Bağımlısı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin İşinin Türüne Göre ANOVA Sonuçları.....	152
Tablo 54. Sağlıklı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Gelir Düzeyine Göre ANOVA Sonuçları	154
Tablo 55. Kumar Bağımlısı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Gelir Düzeyine Göre ANOVA Sonuçları.....	157
Tablo 56. South Oaks Kumar Testi Ölçeğinin Öz kontrol-Özyönetim Ölçeği Arasındaki Regresyon Analizi Sonuçları	160
Tablo 57. South Oaks Kumar Testi Ölçeğinin Aile Değerlendirme Ölçeği Arasındaki Regresyon Analizi Sonuçları	160

Kısaltmalar

ABD:Amerika Birleşik Devletleri

ADÖ: Aile Değerlendirme Ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KKTC:Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

ÖKYÖ: Özyönetim-Özkontrol Ölçeği

PKO: Patolojik Kumar Oynama

SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi

BÖLÜM I

Giriş

Davranışsal bağımlılık alanında tanı, tedavi ve ülke politikalarının yanı sıra kültürel etmenler, görüş ayrılıkları halen bulunmaktadır. Bağımlılık terimi zihinde madde bağımlılığını uyandırabilmektedir (Yau ve Potenza, 2015). Ancak dışardan alınan bir maddeye olduğu kadar haz veren bir davranışa da bağımlılık söz konusu olabilir. Alkol ve madde bağımlılığında meydana gelen bazı davranış örüntülerinin benzerlerinin davranışsal bağımlılıklarda görüldüğüne dair veriler mevcuttur. Kumar oynama davranışı da bu bağımlılıklar arasında yerini almıştır(Karim ve Chaudhri, 2012).

Kumar faaliyetlerinin ilk ortaya çıkışı bazı kaynaklarda Çin olarak geçmesine rağmen bahsedilen dönemlerde başka toplumlarda da kumar ile ilişkili davranışlar tespit edilmiştir. Kumar çoğu toplumda çeşitli şekillerde görülmüştür, her çağda bazı kanuni ve dini yaptırımlara tabi tutulmuştur. Buna karşın kumar insan hayatının bir parçası haline gelmiştir(Çakıcı,2012). Bireyin yaşamı içindeki işlevini düşürmeye sebep olacak düzeyde sürekli olarak, kontrol dışı meydana gelen istek ve kumar oynama davranışı patolojik olarak kumar bağımlılığını açıklamaktadır. Bu kontrolsüz davranış sadece bireyi değil bağımlı birey ile birlikte ekonomisini, ailesini, çevresini, işlevselliğin düşmesi ile iş hayatını da olumsuz etkileyebilmektedir. Tabi ki bu durum özelden genele doğru gidildiğinde toplumu da etkileyen ciddi bir sosyal sorun haline gelmiştir. Kumar davranışı sıfırdan dörde kadar derecelendirilen dört ayrı seviye ile değerlendirilir. Bu kapsamda; sıfır seviyesi yaşamı boyunca kumar davranışında hiç bulunmamış kişileri, birinci seviye kumar bağımlıları; boş vakitlerinde ya da sosyalleşmek adına oyun oynayan kimselerdir. Bağımlıların çoğu bu seviyede gözlemlenmiştir. İkinci seviye bağımlılar kumar oynamaya bağlı bazı problemler yaşayan bireyleri temsil ederken, üçüncü seviye bağımlılar kumar oynamaya bağlı ciddi sorunlar yaşamış bireyleri temsil eder ve bu seviye genellikle DSM 'deki patolojik kumar tanı kriterleri karşılamaktadır(Macit, 2021).

Kumar oynamadan kaynaklanan davranış bozukluğu, bireyin kendisini, ailesini ve iş yaşamındaki işlevselliğini düşürecek düzeyde kumar oynama ve bu davranışını denetleyememesi nedeniyle kontrolü zor ve yinelenen kumar davranışı olarak nitelendirilir. "Patolojik Kumar Oynama" psikiyatri sınıflandırmasına ilk olarak 1980 yılında yayımlanan DSM-3 ile girmiştir. Sadece 1994'de yayınlanan DSM-4 'de "Başka yerde tanımlanan dürtü kontrol bozuklukları" kategorisinde

değerlendirilen kumar oynama davranışı 2013 yılında güncellenen DSM-5 sürümünde tekrar bağımlılıklar kategorisinde değerlendirmeye alınmış, “Madde ile İlişkili Bağımlılık Bozuklukları” sınıfında “Madde ile İlişkili Olmayan Bozukluk” şeklinde sınıflandırılmıştır(DSM-V, 2013).

DSM-5’de üzerinde durulduğu gibi bu patolojiye neden olarak kumar oynama davranışında madde bağımlılıklarında meydana gelen bilişsel, nörolojik, genetik ve davranışsal özelliklerin olduğu ve kumar oynama bozukluğu olan bireylerde madde bağımlılığı eş tanısının da yüksek olduğu öne sürülmüştür(Clark,2014).

Kumar Bağımlılığı psikolojik, sosyal, ekonomik, aile ilişkileri ve işlev düşüklüğü gibi birçok olumsuz neticelerine karşın yinelenen kumar oynama davranışı belirleyici olmuş bir davranış bağımlılığı olmuştur(Mallorqui-Bague ve diğerleri, 2018). Doğurduğu sonuçlar nedeniyle de toplumun psikolojik sağlığına tehdit haline gelen patolojik kumar oynamanın bireylerin yaşamındaki yaygınlığı alan yazınlarında %0,6 olarak belirtilmiştir(Kessler ve diğerleri, 2008). Bağımlılıkta aile faktörünün de önemi birçok araştırmada vurgulanmıştır. Araştırma bulguları incelendiğinde patolojik düzeyde değerlendirilen kumar davranışında bulunan bireylerin aile içi çatışmalara maruz kaldığı için kumar davranışına yöneldiği ve kumarın bireye verdiği zarardan ötürü yine aile içinde çatışmalar yaşadığına işaret etmektedir(Can, 2007).

Öz kontrol, bireyin toplum içinde işlevsel olarak yaşamını idame ettirmek adına duygu, düşünce ve davranışlarını kontrol edebilmesidir. Öz denetim olarak da adlandırılan öz kontrol düzeyleri bireyler arasında farklılık gösterebilir. Bir başka ifadeyle id dürtüsünü kontrol edebilen bireyler yüksek öz denetime sahip iken bazı bireyler bu hususta başarılı olamazlar. Örneğin bir kimsenin sigarayı bırakma konusundaki iradesi, bir işi bitirmekteki motivasyonu veya kilo vermek adına diyetle devam etmesi gibi durumlar öz kontrol ile ilişkilendirilebilir. Bu doğrultuda yüksek öz denetim sahibi bireyler haz aldığı dürtülerini kontrol altında tutarak alacakları hazzı erteleme yetisine sahiptirler(İncekara, 2021). Kumar bağımlısı bireyler kumar oynama dürtülerine engel olamaz, hazzı erteleme yetileri düşük olduğu öngörülmüş bu nedenle kumar bağımlıları ile sağlıklı bireylerin aile işlevsellikleri ve öz kontrolleri karşılaştırmaya tabi tutulmak adına 150 sağlıklı 150 bağımlı toplamda 300 yetişkin birey ile çalışma yürütülmesi hedeflenmektedir.

Problemin Durumu

İnsanların pek çoğu mutlu olmayı para kazanma ile bağdaştırmış ve mutluluğu çalışma hayatında aramışlardır. Kimileri de mutluluğu patolojik düzeyde kumar oynama davranışında aramaktadır. (Lester, 1994)

Mutluluğu arayan bu bireylerin asıl amacı para kazanmak olsa da genele bakıldığında çoğunun para kaybettikleri görülmüştür. Kaybedilen paranın yanı sıra bu bireyler ailelerini, düzenli yaşamlarını, iş yaşamındaki başarılarını ve psikolojik sağlıklarını da yitirmektedirler(Blume, 1988).

Zaman geçirme ve eğlence aracı olarak kullanılan kumar için her geçen gün farklı oyunlar türemekte ve beceriye de dayalı olan bu oyunlarda “şans, talih” kavramları oldukça ön plana çıkmaktadır. Küçük detayları haricinde temelde aynı amaca hizmet eden şans, bahis, talih oyunlarının ortak paydası emeksiz, karşılıksız para kazanma isteğidir. Bu ortak paydaya sahip tüm kumar oynama davranışlarının haksız kazanç olduğu söylenebilir (Yaşar, 2010). Şans oyunları kumar oyunlarına göre daha ulaşılabilir olması toplumun her yaş, cinsiyet ve kesiminden insanı peşinden sürüklemesinden dolayı daha masum görülmektedir. Hâlbuki aynı amacı güden şans oyunlarının ve kumarın bu kadar geniş kitleye ulaşması kumar davranışının ne derece yaygınlaştığının bir göstergesidir (Bayındır, 2018).

Patolojik kumar oynama davranışı bir dürtü bozukluğu olduğu kadar aynı zamanda madde bağımlılığıdır. Bu bireylerde frontal lob ve orbitofrontal korteks faaliyetlerinde değişiklikler gözlenmiştir. Buradan hareketle kumar beyin yapısında bozulmalara yol açtığını görmekteyiz. Bu bozulmalar epilepsi, beyin tümörü, travma, hipotiroidi, enfeksiyonlar gibi hormonlara bağlı fizyolojik bozulmaları beraberinde getirebilmektedir (Tırmıkçıoğlu,2020) .

Öz kontrol ile ilişkisi incelendiğinde, öz denetimi yüksek bireylerin eğitim başarıları, öz kabul, öz saygı seviyelerinin yüksek, sosyal bağları kuvvetli, olduğu bilinmektedir. Buna karşın öz denetimi zayıf olan bireylerin plansız hareket etme, sabırsız istekleri, kısa süre odaklı davranışların gözlemlendiği bununla birlikte dürtüsel davranma hiperaktivite bozukluğu ve birçok bağımlılık ile alakalı olduğu bilinmektedir (Kuzucu ve ark. 2015).

Günümüz dünyasında teknolojinin gelişmesi ve modernleşme ile beraber erişimin kolaylaşmasından dolayı kumar sosyal hayatın bir parçası haline gelmiştir. Gelecekte kumarın giderek yaygınlaşacağı, önüne geçilemez sorunlar doğurabileceği ve global dünyada büyük bir sorun teşkil edebileceği öngörülmektedir (Çakıcı ve

ark., 2019). Bu çalışmada bireylerin özkontrol ve aile işlevlerinin sağlıklı bireylerde ve kumar bağımlısı bireyler arasındaki ilişki karşılaştırılarak incelenmiştir.

Araştırmanın Amacı

Araştırmada patolojik kumar oynayan bireyler ile patolojik düzeyde kumar oynamayan bireylerin aile işlevsellikleri ve öz-kontrolleri arasındaki farklılıkları tespit etmek amaçlanmıştır.

Araştırmanın alt amaçları:

- 1.Kumar bağımlısı bireyler ile kumar bağımlısı olmayan bireylerin sosyal ve demografik özelliklerinin karşılaştırılması.
- 2.Patolojik kumar oynama davranışına sahip bireyler ile patolojik kumar oynama davranışında bulunmayan bireylerin aile işlevselliğinin karşılaştırılması hedeflenmektedir.
- 3.Kumar bağımlısı olan ve kumar bağımlısı olmayan bireylerin öz-denetimlerinin karşılaştırılması hedeflenmektedir.
4. Kumar bağımlısı olan ve kumar bağımlısı olmayan bireylerin kumar oynama davranışlarının nedenleri farklılık gösterip göstermediği ve bu nedenlere bağlı oluşan sonuçların araştırılması hedeflenmektedir.
5. Kumar bağımlısı olan ve kumar bağımlısı olmayan bireylerin öz-kontrol ve aile işlevselliği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığının araştırılması hedeflenmektedir.

Araştırmanın Önemi

Dünyanın birçok yerinde olduğu gibi ülkemizde de kumar oynama davranışı ve kumar oynama yaşı oldukça düşmüştür. Teknolojinin gelişmesi ile artık insanlar evlerinden çevrimiçi olarak limitsiz kumar oynayabilmektedir. Kolay kazanç aracı olarak görülen kumar davranışı tekrar ettikçe patolojik olarak bağımlılık haline gelmektedir (Derin ve Bilge, 2017). İlk başlarda basit bir eğlence olarak görülen kumar devam eden süreçte bağımlılığa götürmekte bununla birlikte birçok sorunu beraberinde getirmektedir. Bağımlılık geliştikçe bireylerin aile ilişkileri, iş hayatları,

yaşam motivasyonları ile birlikte psikolojik ve sosyal yönlerden yaşantıları olumsuz etkilenmektedir. Kumar bağımlısı birey bu etkiler sonrasında çözümü yine kumar davranışında aramaktadır. Bu durum bireyin öz-kontrolünün yetersiz olduğunu göstermektedir. Bireyin eğlence, kazanç ve heyecan arama gibi tetikleyiciler ile başladığı ve kişinin öz kontrolünü yitirmesiyle oynama sıklığının artmasıyla kumar davranışı patolojik bir boyut kazanır (Babayiğit, 2018). Patolojik kumar oynama sonucunda bireyin yaşamış olduğu heyecan duygusu ve kazanma arzusu her şeyin önüne geçmekte buna bağlı olarak başta ekonomik sıkıntılar ile başlayan süreci yaşam kalitesinin düşmesi, aile ilişkilerinin bozulması, iş yaşamında çalışma veriminin düşmesi ve kişinin iyilik halindeki bozulmalar eşlik edebilir. Bu veriler ışığında gerek bireysel gerek toplumsal olarak kumarın zararları dikkate alınarak kumarın yol açtığı sonuçlar hakkında toplumun bilinçlendirilmesinin öneminin büyük olduğu düşünülmektedir (Vayisoğlu, 2019). Sağlıklı bireyler ile patolojik kumar davranışı gösteren bireylerin aile işlevsellikleri ve öz-kontrolünün karşılaştırılması ile ortaya çıkan bulguların alandaki çalışmalara ve kumar bağımlılığı tedavisinde yol göstererek bir katkı sağlayacağı düşünülmüştür (Çınaroğlu, 2015).

Sınırlılıklar

- Çalışmamızın örneklemini Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde yaşayan 25 yaş ve üzeri yetişkin gazino, çevrimiçi bahis oynayan ve oynamayan toplam 349 katılımcıdan oluşmaktadır.
- Uygulanan SOKTT ölçeğinin Türkçe formu uygulanan katılımcılar kesme noktası olan 8 puan ve üzeri alan bir başka deyişle patolojik kumar bağımlısı ve sağlıklı yani kesme noktası olan 8 puan ve altı alması halinde muhtemel bağımlı olarak değerlendirilmiştir.
- Araştırmamızın neticeleri sadece araştırmamızdaki veri toplama araçlarından elde edilen nicel verilerle sınırlandırılmıştır.
- Araştırmaya gönüllü olarak katılım sağlayan bireylerin kumar oynama düzeyleri, aile işlevselliği ve öz-kontrol düzeyleri South Oaks Kumar Tarama Testi, Aile Değerleri Ölçeği ve Öz-kontrol ve Öz-yönetim Ölçeği ile elde edilen veriler ile sınırlıdır.
- Katılımcıların kişisel bilgileri yaş, cinsiyet, yaşadığı yer, sosyal güvenceleri, medeni durumları, alkol ve sigara kullanımları, yaşadıkları ve kaldıkları ev,

eğitim ve iş durumları, gelir dzeyeleri ve kronik hastalıkları ile sınırlandırılmıştır.

Tanımlar

Bağımlılık: Bir kişiye, maddeye ya da faaliyete bağlı olmak, zamanla sorun haline gelen, psikolojik ve fizyolojik sonuçlara neden olan durdurulamayan, alışkanlık haline gelmiş ve sonuçları ne olursa olsun alınan haz odaklı o davranışın tekrarlanması olarak nitelendirilmektedir(Yanardağ, Bilge ve Yanardağ, 2020).

Kumar Bağımlılığı: Kumar oynamak genel anlamıyla bireyin elinde bulundurduğu değerli bir şeyi vermesi karşılığında yüksek ve kolay kazanç elde etme çabası içerinde risk almasıdır. (İncekara, 2021).

Sağlıklı Birey: Sağlıklı birey ise genel olarak işlevsel, bireyin günlük aktivitelerini, sorumluluklarını yerine getirebildiği, fiziksel ve ruhsal iyi oluş halini nitelerken bir hastalığın olmayışını da ifade eder. (Yorulmaz ve Erdem, 2021).

z kontrol: Kişinin içten gelen dışavurumunu başkalaştırma, bastırma ve istemsiz davranış eğilimlerini durdurabilme ve uygun olmayan davranışlarda kendini önleyebilme yeteneği olarak nitelendirilmektedir(Kaymaz, şakiroğlu, 2020).

BÖLÜM II

Kuramsal Ve Kavramsal Çerçeve

Bağımlılık Nedir?

Bağımlılık, birden fazla faktörün bir arada yaşandığı ve zaman içerisinde ortaya çıkan olumsuz etkilerin irade yoluyla durdurulamadığı bir beyin hastalığı olarak tanımlanabilir. Bireylerin elde ettikleri maddeyi, davranışı kötüye kullanım sonucunda tolerans gelişmesi, psiko-sosyal ve biyolojik sorunlarının şiddetli yaşanmasına rağmen kullanıma devam etmesi bu sürecin bir parçasıdır. Kişinin temiz kalması veya azaltması durumunda oluşan yoksunluk semptomlarının görülmesiyle devam eden bir tablodur (Uğurlu vd., 2012). Bağımlılıklar günümüzde önemli bir halk sağlığı olarak karşımıza çıkmaktadır. Toplumun her kesimini tehdit eden bu sorun Türkiye ve tüm dünya üzerinde olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Yapılan araştırmalar bağımlılığın olumsuz etkilerinin giderek şiddetlendiği ve yaygınlaştığı yönündedir. (Duyan ve Gövebakan, 2015). Bağımlılık; bireylerin olumsuz sonuçlar almasına rağmen davranışlarını sürdürmesi ve bu davranışların sıklığını arttırması sonucunda da işlevselliklerinin bozulduğu bir durumdur. (Shaffer, 1999). Sağlıklı birey ise genel olarak işlevsel, bireyin günlük aktivitelerini, sorumluluklarını yerine getirebildiği, fiziksel ve ruhsal iyi oluş halini nitelerken bir hastalığın olmayışını da ifade eder. (Yorulmaz ve Erdem, 2021). DSÖ'ne göre sağlık yalnız hastalık ve sakatlık hali değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam iyilik hali olarak ifade edilir. Yani fiziksel ve ruhsal bir patolojinin ya da bağımlılığın varlığı kişinin sağlıklı olduğu anlamını da beraberinde getirecektir (Fişek, 1983). Genel itibarıyla bağımlılık sadece bağımlı olan bireyi etkilememektedir. Yakın çevresinin kişisel ve sosyal problemler yaşamasına neden olmaktadır. Yaşanan bu problemler tekrarlayıcı etkiye sahiptir. (Marlatt ve diğ., 1988). Birden fazla faktör ile gelişen bağımlılık; yaşamsal zorlukların üstesinden gelebilmek ve strese geçici olarak kurtulmak isteyen bireylerin yönelimiyle gelişim gösterir. (Hardoon ve Derevensky, 2002). Bağımlılığı incelediğimiz zaman kişilerin psikolojik yapısı, ailevi durumları, yaşadığı çevre ve kişilik özellikleri birbirlerini etkiler niteliktedir (Bandura, 2010). Bağımlılığın faktörleri arasında bulunan biyolojik etkenlere bakıldığında: beynin ödül merkezi olan ventral tegmental kısım, dürtü kontrol, karar verme, muhakeme gibi süreçleri yöneten frontal korteks, striatum, amigdala gibi birden fazla beyin lobu ile ilişkilidir. Beyin içerisindeki belirtilen bu kimyasal süreçler beynin müdahale sürecine etki etmektedir. Toleransın kazanılması ile beyinde kimyasal salınım gerçekleşir. Bunun

sonucunda zevk ve heyecan alınır. (Şentürk, 2017). Bağımlı olunan davranışa veya madde kullanımına bağlı olarak beyinde dopamin artmaktadır ve geçen zaman ile alınan etki azalmaktadır. Bunun sonucunda bireyler önce yoksunluk yaşamaktadır. Daha sonra ise tekrar kullanıma isteği ile karşılaşmaktadır (Akademi, 2021).

Amfetamin türevlerini kullanan Nazi askerlerinde ilk dönemlerde gözlemlenen bazı durumlar olmuş, madde etkisinde iken olmayan hayali düşman askerlerine ateş ettikleri ve mühimmatlarını bu sebeple tükettikleri gözlemlenmiştir. Nazilerin bu denli fazla kullanımları devamında bazı yoksunluk semptomlarının artmasına neden olmuş ve savaş sonrası yıkımları da beraberinde getirmiştir (Uğurlu ve Şengül, 2012). Dünya üzerinde bir tek almanlar bu sorunları yaşamamıştır. Amerikan askerlerinin Vietnam savaşında da reçeteli olarak bu hapları kullandıkları bilinmektedir. Savaş sonrasında filmlere de konu olan bu durumlar bağımlılığın nedenli önemli bir hastalık olduğunu gözler önüne sermiştir. İlk kullanım amaçlarında askerlere güç, dayanıklılık ve enerji vermesi için planlı bir şekilde dağıtımları sağlanan bu ilaçların sonraki dönemde getirdiği sonuçlar oldukça ağır olmuştur (Aktan, 2018). Amerika Birleşik Devletlerin de metamfetamin öncelerinde, satışa sunulmasından belirli bir süre öncesinde, 1933 yılında kullanıcı için olumlu karşılanmış bir solunum ilacı şeklinde özgür kullanıma bırakıldı. Halk arasındaki bazı kesimlerce keyif yapıcı etkisi kısa süre içerisinde görüldü ve 1930 senesinin son çeyreğinde müzik mekanlarında ve cezaevi gibi yerlerde popülerleşti. Doktor kontrolünde kullanımı olan amfetaminin türevlerinin amaçları dışında tüketimi ve bağımlılık problemini gösteren ilk durumlar, 1960 yılında Birleşik Krallıktan ses getirdi. Zayıflama, kaygı ve bazı etmenler sebebiyle doktor kontrolünde temin edilen kişilerde bazı semptomlar yakalanmış ve bağımlılık geliştirmiştir. 1950 yılının sonlarında maddeye bağlı bağımlılık problemi yaşayan kişilerin dörtte ikisinin amfetamini daha önceki dönemde doktor kontrolü ile temin ettiklerini, bağımlılık geliştirmelerinin sonrasında daha az yasal imkanlara ilgilendiklerini paylaştı. Amerika Birleşik Devletlerin de bu maddeleri ulaşmak için doktor onayı lazımdı. Doktor kontrolüne indirgenmesi ilaç kötüye kullanımının önüne geçilmesinde önem arz etmiştir. Yapılan tüm uğraşlarla beraberinde amfetamin, 1980 yıllarında merdiven altı üretimi sürdürülmüştür (Uğurlu ve Şengül, 2012). Bağımlılık insan beyinde oluşan aynı şeker hastalığı ve de tansiyon hastalığı gibi tamamen iyileşemeyen ancak bununla yaşamayı öğrenmeyi ve yaşamı düzene koyma ile normalleşebilen bir beyin hastalığıdır. Nasıl ki bir tansiyon hastası günlük işlerini

halledebilir evlenebilir çocuk sahibi olabilir ve işe gidebilir ise, bağımlılığı olan bir birey de aynı düzeyde işlerini halledebilmektedir. Bağımlılık insan beynine etki eden bir rahatsızlıktır ve dünyanın kısa tarihinde oldukça önemli bir sağlık problemlerinden bir tanesi olarak kabul görmektedir. Bağımlılığa sahip, bağımlı kişilerin beyinlerindeki, şekil ve kimyasal farklılıklara bakıldığında gönüllü bağımlılık yaratıcı madde alma tutumu, takıntılı madde alımına yönelir. Oluşan bağımlılığın neticesinde bireyde, önemli zihinsel ve fiziksel problemler gözlemlenmekte olup kişisel olarak süregelen bu bağlanma kişinin tüm sıhatini, ev yaşantısını ve iş hayatını tehlikeye sokmakta ve kültürel olarak pek çok soruna kısma yasal problemle kapı açabilmektedir. Majör Depresyon, iki uçlu bozukluk, bağımlılık, dhb gibi problemler bağımlılığa çoğunlukla yanında gözlemlenen psikolojik sorunlardır. İlk olarak bağımlılık yaratıcı madde tüketimi olan her bireyin bağımlılık geliştirme ihtimali mevcuttur. Bağımlılık zihni, dış dünyayı ve genetik yönelimi ilgilendiren bir beyin rahatsızlığıdır (Aktan, 2018). Bireyin normal olan bir takım ilaç ya da maddeye göre durdurması zor zihinsel ve bedensel bir gereksinim hissetmesi, kullanılan dozun ve kullanılma zamanının günden güne çoğalması, kullanılmadığı anlarda yoksunluk semptomlarının kendisini göstermesi devamında ilaç ya da madde kullanılmadan normal yaşamın devam etmesi zor bir hale bürünmesidir. Bağımlılık devamlılık gösteren bir rahatsızlıktır. İnsanın gözlemlediği bütün kötülöklere rağmen madde bulmaya iter. Bağımlılığın genetik, toplumsal, zihinsel, davranışsal sebeplerden ortaya çıktığı söylenmektedir. Bilinen bağımlılık sebebini bir nedene dayanarak bahsetmek olası değildir. Birden fazla sebep toplandığında bağımlılık kendisini oluşturmaktadır. Aile içerisinde yapılan çalışmaları üzerinde durulan, biyolojik ve toplumsal etmenlerin neticesini farklılaştırmamıza fayda sağlamaktadır (Babacan, 2016). Çocukların biyolojik ebeveynlerinden hayata gelmesinden evvel bir zaman sonrasında boşanmaları ve sonrasında bilgileri olmadıkları zamanlarda bağımlılık sorunu bulunan anne- babanın çocuklarında, bağımlı olma eğiliminde pozitif bir yükselme olduğu gözlemlenmiştir. Genetik açıdan bakıldığında sayıca çok genin bağımlılık oluşumuna neden olduğu kabul görmektedir. Farklı sosyal oluşumlarda uygulanan araştırmalarda bağımlılık oluşumu için değişik kuramlar söylenmiştir (Bozdağlıoğlu ve Çınar, 2004). Kültürel etmenlerin çalışılması oldukça basit olmasa da dışsal durumların bağımlılık oluşumunda önemli bir durum barındırdığı bilinmektedir. Bağımlılığın oluşumunda insan beynin haz bölümü olan ventral tegmental bölüm, beynin muhakeme etme,

fikir yürütme, dürtü kontrolü gibi pek çok özelliklerinden yükümlü frontal korteks, hislerin kontrolünden yükümlü amigdala, hayata dair öğrenmeler ile alakalı Nucleus Accumbens gibi pek fazla beyin yerlerinden sorumluluğu vardır. Bağımlılığın oluşumundan itibaren beynin değişik yerlerinden bazı değişiklikler oluşmaya başlamaktadır. Madde alımı, haz noktasından üst düzeylerde dopamin üretilmesine sebep olur. Üretilen bu dopamin bireyde şiddetli haz duymasına sebep olmaktadır. Madde kullanımının uyardığı dopamin artımı, süre esnasında frontal korteksi karmaşıklıştırarak farklı karara varılmasına, istenilen hareketlerin madde alımı tarafınca gerçekleşmesine sebep gösterilmektedir. Beynin öğrenmesi ile alakalı yerlerini de farklılaştırarak bilgi edinme gücünün değişmesiyle sonuçlanır. Bağımlılıkta söylenen bireylerde, yeni veriyi beyine işleme, saklama ve gün yüzüne çıkartma özelliklerinde de farklılaşma görülmektedir. Bağımlılık geliştiren maddeler direkt veya kısmen olarak zihnin haz duyma duygusunu kontrol altına alan ve sisteme sokan ağrı farklılaştırmaktadır. Neticesinde ödül bulunan çoğu şey bağımlılık geliştirebilir. Davranış bozuklukları en az uyuşturucu kadar hayata etki edebilme gücüne hakimdir (Babacan, 2016). Değnilmesi gereken önemli bir konuda geçmişten beri varlığını gösteren, bahis ve kumar bağımlılık türleri iken, ek olarak zamanın getirdiği yenilikler ile birlikte sanal bahis oyun türleri de bunlara katılmışlardır. Oyuncular oyun içerisindeki kaybettiklerini yenilemek, telafi etme davranışı ile tekrardan sağlamanın yolunun yeniden oyun oynamak olduğuna inanırlar. Çevresel ve parasal kayıp yükseldikçe tekrarlayan oyun davranışı ve konuşulan yanlış söylemler ile üstünü kapatmak için uğraşırlar. Öfkeli olma ve saklanan kayıplar yaşamlarının olmazsa olmaz süreçleri olurlar. Legal olmayan kanuna aykırı yollara başvurabilirler, birikim yaptıkları paraları bitirirler ve devamında başkalarından borç alırlar. Kişi harcadığı paralarını tekrardan geri alamayacağını öğrenir. Her ne kadar bu durum öğrenilse bile kişide uyandırdığı haz mekanizması ve uyarılma için oynama davranışını devam ettirir. Oluşan bu durum sıklıkla son evrelerde ilişki sorunları veya hukuksal problemler sebebiyle iyileşme çabasında olmaya başlanır. Bağımlılık insan beyinin de değişimler gösteren ve beyinde oluşan bir beyin hastalığıdır (Çavuş vd., 2016). Bağımlılık oluşumunda kişinin beyinde oluşan değişimler büyük bir rol oynamaktadır. Bireyin zihinsel olarak arzuladığını söylemesi bir güç problemi veya istemli olan bir davranış örüntüsü değil, kişinin içinde bulunduğu rahatsızlıktan doğan kişinin beyinin ürettiği bir çeşit alarm sistemidir. Kişinin kendisine hakim olması ve bilinçli olarak

süreci ilerletmesi ancak bırakma ve tedavi sürecinde kendisini gösterir. Birden fazla bağımlılık oldukça fazla bilinen bir durumdur ancak herkeste aynı şekilde oluşabilecek bir durum olmamaktadır. Birden fazla maddeye bağımlılık geliştirilmesi daha çok, bir madde veya tutumun insanın zihin yapısıyla ne denli pekiştiği ile ve gördüğü durumla alakalıdır. Bireyin birinci dereceden yakınları bağımlı olsalar dahi, oluşan durum kişide de bağımlılık bulunacağı anlamı taşımaz. Yapılan çalışmalara göre genetik olarak bağlayabileceğimiz oran yüksek bir oran olabilse de, yaşam ve kişinin kendi deneyimleri gen faktörünün aktif bir duruma başlamasında oldukça yüksek bir düzeye etki etmektedir. Bağımlılığı tek başına biyolojik ve doğuştan gelen tarafla inceleyen bir bakış açısı; kişinin aile ortamında var olan bağımlı görmemiş pek çok insanın ortada herhangi bir bağımlılığın mevcut olmadığını düşünerek yanlış bir güven hissiyle tehlikeli tecrübelerle başlangıç olmasında yol gösterici olurken, düzelmek için çaba sarf eden pek çok bağımlının hiçbir zaman normale dönemeyeceğini düşünerek düzelme isteklerini engellemektedir. Bağımlılık farklılaştırmadan kültürel olarak her popülasyondan bireyi etkisi altında barındıran bir rahatsızlıktır. Bağımlılığı her yaşa sahip kişiler, tüm etnik gruplardan, tüm medeniyetlerden insanı etkisi altına alır. Genel olarak bağımlı bireylerin şahsi tutumları, tutum ve kültürel inançlarını da istismar edecek türde yaşam stiline doğru eğilimi vardır. Maddeye ve alkole olan bağımlılık veya farklı davranış bağımlılık türleri tedavi ile üstesinden gelinebilir rahatsızlıklardır. Öncelik olarak tedavi gerekliliklerini yerine getiren bireylerin, alkol-madde davranışı uygulamama ihtimalleri oldukça üst düzeydir. Bağımlılık tedavi süreci geniş bir süreci kapsamaktadır; İlaç tedavisinin sonrasında psikolojik-sosyal uyuma özen gösterilerek yapılacak geniş ölçekli bir tedavi ve uyum çalışması lazımdır. Bireyin tedaviye olan yaklaşımı büyük önem arz etmekte, hayat yaşantıları, aile ile olan durumu, bağımlı olan bireyin süreci zaman içerisinde bazı etmenlere bağlı olarak değişim gösterebilmektedir. Oluşan bu sebeple yalnızca tek bağımlılık tedavi süreci yöntemlerinden ziyade bireyin içerisinde olmakta olduğu konum (bio-psi-sos) neticesinde iyileşme sistemleri üzerine durulmalıdır. Bağımlılığın oluşum zamanı psikolojik özellikler bakımından gözlemlendiğinde bireyin negatif düşüncelerine katlanılamaması ve mevcut problemler üzerine yoğunlaşmaktansa, içsel olarak yaşadığı problemleri reddederek haz duyduğu uyaranlara kaydığı gözlemlenir. Kişinin fiziksel olarak zaman geçtikçe durumu kabullenmeye başlaması sonrasında fazla dozajda kullanım göstermesi veya tekrar eden davranışlar örüntüsü ile birlikte

aynı tutumu tekrarlamaya yönelik gündelik hayatından ve problemlerinden kısa vadeli kaçış göstermiş olur (Bozdağlıoğlu ve Çınar, 2004). Alkol-Madde alımı veya bağımlılığı pekiştiren örüntü göstermediğinde şiddetli rahatsızlık duygusuna kapılı ve bu yalan olan gevşeme hissini yeniden hissederek içerisinde varlık gösteren problemlerden kaçış göstermeye çaba harcanır. Gerçekleşen durum neticesinde, birey açısından tekrarlayıcı problemlerle bir döngü sistemi durumu haline alır ve kişi gerçek problemini göremediğinden probleminin neticesine de zamanla mesafe koymuş olur. Bu nedenle bağımlılık insanın gündelik hayatına ve problemlerine kenetlenip savaş vermesini daha zora sokan zarar gösterici bir davranış örüntüsüdür. Yapılan saha çalışmalarına bakıldığında alkol problemi bulunan kişilerde anti-sosyal kişilik ya da anti-sosyal tutum miktarı %30 dolaylarındadır. Klinik olarak yapılan çalışmalar neticesinde bağımlı olan kişilerde obsesif bozukluklar çok fazla yaygın olduğu gözlemlenmiştir (Bilici vd., 2012). Hayatta var olan her şeyin sorunsuz olması, temkinli olmak, ya beyaz ya da siyah olmalı düş yapısından hayatını sürdüren, yüksek düzeyde kontrol seven, detaycı bireylerde bağımlı olma ihtimali çok daha üst düzeydedir. Hayat üzerinde her zaman karşılaşılabileceğimiz katlanılması zor ve hüzünlü durumlar ve yaralayıcı durumlar devamında sorunların üstesinden gelebilmek için bağımlılık yaratabilecek maddelere ulaşma yaygın bir tutumdur. Bu tarz bireylerde bu tutum daha sık gözlemlenebiliyor ve çoğunlukla bağımlılığın yoğunlaşmasına neden oluyorlar. Ayarında alkol kullanımı ya da sosyal kullanım seviyesinde çok az bir zaman sonunda içkinin sonunu görür duruma gelirler. Bağımlılık sahibi, utangaç bireylerde ve sosyal korkuları bulunan kişilerde halk içerisinde korkusuz görünebilmek için bağımlılık geliştirici madde kullanımına yönelebiliyorlar. Sonrasında kültürel olarak görülen obsesyonlardan en fazla bulunan psikiyatrik rahatsızlık alkol ve madde bağımlılığıdır. Şizofreni ve içerisinde bulunan diğer depresyon tanısı bulunanlar, kaygı rahatsızlığı bulunanlar da sorunlarından kurtulabilmek, azaltmak nedeniyle alkol kullanabiliyor ve potansiyel olarak bağımlı kişi adayı pozisyonuna geçebiliyor (Sümer vd., 2015). Alkol ve madde kullanım sorunları psikiyatri topluluğunda da doktorun elinden bir şey gelemeyeceği ve kısıtlı güce hakim olduğu düşüncesini gösteren sorunlardır. Alkol ve madde problemleri kullanımı konusunda dertli olan insanlar çoğunlukla şifası olmayan ruhsal durumu problemlerle insanlar olarak görülür. Sağlık personeli kendi iç dinamiklerinde bile bu insanlar için kendi içlerinde bir damgalama durumu mevcuttur. "Madde ile ilişkili olarak ortaya çıkan kullanım sorunları var olan bir tedavi sistemi bilinmeyen

sorunlardır, madde kullanımı olan bireyler çoğunlukla sorunlu yapıda bireyler olduklarından oryantasyonları da zordur. Bu durumda bu konu ile ilgili bir çaba içerisinde olunsun, ancak pek netice olmayacağını düşünüyorum" zihinleri pek çok defa zihinlerden aktarmaktadır. Gerçekte var olan uslanma gerçekleşmez diye aktarılan kişilik rahatsızlıkları uyuşturucu alımlarında yalnızca yüzde 20'sini kapsamaktadır. Bağımlılık sürecinin ilk koşullarından olan uzmanın danışanını düzene sokacağına olan umudu, danışanına güvenmesi, danışanında uzmanına ve sürecine güvenidir. Süreçte ilk süreçleri kapsayan bu hissel ortaklık sürecinde problemsiz ilerleri devamında bağımlılıkla net süreci sürdürmüştür. Bahsi geçen bu anlatıların devamında şunu ekleyebiliriz ki alkol ve madde alımı ve bağımlılık problemi insanoğlunu hem bedensel hem zihinsel hem de toplumsal olarak kötüye ilerleten ve geçmişten bugüne kişileri en fazla problem yaratan sorunların ilklerinde bulunmaktadır. Ne sebeple yaşanırsa bağımlılık gelişimi olan kişi hayat neticesini yok eder. Hayatı yeniliklerden daha fazla bağımlılığı bulunan şeyi elde etme ilerleri ve kaybolur. Umursamaz bir konuma gelme ve bunu paylaşma, birlik olma gibi duygularının fonksiyonlarını bitirir. Hatırda tutulması gereken önemli bir durum tüm bağımlılık tedavisi yaklaşımı bağımlı bireye rağmen olumlu sonuçlanmaz. Bu sebeple içinde olunan önemli bir durumda uzmandan aileye, eğitim hayatındaki danışana hatta kullanımı olabilecek yer sahibine, özetle içerisinde yer edinen kültürün önemsemesine ve birliğine gerek duyulur. Bağımlılığın görünen en mantıklı önlemi bağlanmanın önüne geçmek ve bağlanmayı önüne geçebilecek önleyici önlemler üzerine kafa yormaktır. Özellikle dışarıda yaşamlarını sürdüren çocuk bireylerin zaman geçtikçe tehdit olan madde bağımlılığının oyununa gelmekte olduklarını aklımızdan çıkartmayıp geleceğimizi zarar veren bu problemle hep birlikte mücadele edilmesinin gerekliliği unutulmamalıdır (Bozdağlıoğlu ve Çınar, 2004).

Kumar Bağımlılığı

Kumar oynama bozukluğunun tarihsel gelişimi incelendiğinde; oyunda hile yapmak veya haksız kazanç elde etmek olarak karşımıza çıkmaktadır. Kumar oynama davranışı sergileyen bireyler kumarbaz olarak nitelendirilmektedir. Kumarbaz: sahte oyuncu, dolandırıcı, hilebaz ve yüksek bahisleri anlamsızca oynamayı benimsemiş kişi olarak tanımlanmaktaydı. Günümüzde kumar oynama bir şeyler elde etmek için elindekilerle belirsiz riskler almak anlamını taşımaya

başlamıştır (Donald ve Tatiana, 1998). Kumar oynama bozukluğunun ana sebeplerinden bir tanesi, riske atılan paradan daha fazla para elde etmektir. Eskiden iskambil, at yarışı, zar, parasına okey, parasına horoz dövüşleri vb oyunların yanı sıra günümüzde internetin yoğun kullanımı ve ulaşılabilirliği sayesinde yeni kumar oynama türleri oluşmuştur (Kerber, 2005). Kumar oyunları tüm dünya üzerinde birçok noktada ve zaman diliminde oynanmış ve oynanış şekilleri farklılık göstermiştir. En yaygın oynanış tarzları zar, kart ve son zamanlarda oldukça yoğun bir şekilde oynanan internet bahis oyunlarıdır (Hing vd., 2014). Dünya genelinde erişkin bireylerin %3'ü ile %5,3'ü kumar oynama davranışı nedeniyle yaşamlarında psikolojik, sosyal, biyolojik sorunlar ile karşılaşmaktadır (Wardle vd., 2011). Kumar oynama davranışının kişiyi rahatlatması ve hoş vakit geçirme imajında lanse edilmesi pek sıktır. Kumarın kendisini lanse etmesinde pek çok çeşitte kendisini güzel göstermesi çeşitleri olsa da kumar oynama durumu bulunan bireylerin değiştirmesi önemli olan bir rahatsızlıktır. Kumar oynama sorunu var olan insanlar kumar oynama davranışlarını durduramazlar. Kumar bağımlılığı, bireyin şahsına, anne-baba ve arkadaş çevresine oldukça fazla hasar yaratır. Bireyin maddi olarak içerisinde var olan olayın kötü olmasına sebep olur. Dış dünya ile olan iletişimi azalır ve zamanla yok olma noktasına gelir. Karşılıklı olarak oluşturdukları temelinde güven bulunan iletişimlerini azaltırlar ya da sonlandırır. Zihinsel olarak çöküşleri paralelinde devam ettirir. Çalışma hayatında güçlü bulunmasına engel teşkil eder. Bireyin yaşam standartlarını azaltır. Ayrılık ve ev içerisinde olan kavgaları çoğaltır. Kumar oynama rahatsızlığının yaşadığımız coğrafyadaki sıklığı %3 dolaylarındadır. Tedavi sürecine başlamayan bağımlı bireyler oyundan kaynaklı gelişen zararları gün geçtikçe artmakta ve çok daha yüksek miktarda oynama davranışı sergilerler. Oluşan zararlarını tek seferde elde etmek isterler. Kumar problemi bulunanların parasal birikimlerini basit bir durumla yok edebilirler. Oluşan bu kısır döngü ile kendilerini kaybeden bağımlı bireyler gün ilerledikçe daha çok yalan söylemler kullanırlar. Elinden kayıp giden ekonomik birikimlerin erimesinden dolayı farklı yollar ile tekrarlamak için kanuna uygun olmayan işler ile elde edebilirler. Bağımlı birey ile birlikte hayatını sürdüren bireylerin bağımlılık problemi bulunan kişiden dolayı direkt maruz kalırlar. Oluşan bu durumdan mağdur olan kişiyi kumar probleminden ayırmak için fazla enerji harcarlar. Bağımlılık problemi bulunan aile üyelerini pek çok zaman sözlü şekilde uyarı verme gerekliliğinde olurlar (Bayındır, 2018). Problemlili kumar oynama sorunu, töresel ve manevi boyutunda oluşan bir sorun gibi

görülüp aile üyelerine öğüt ve yol gösterme davranışları içerisinde bulunurlar. Yapılması olumlu olacağı düşünülen bu davranışlar yanlışı beraberinde getirir. Raylu ve diğerleri (2004)'e, göre sorunlu kumar oynama davranışı için; kontrol kaybının yaşanması, maddi kayıplar verilmesi ve toplumsal problemler yaşanması gerektiğini tespit etmişlerdir. 1980 senesinde yürürlüğe giren DSM-3'te kumar bağımlılığı resmi olarak ele alınmıştır. "Patolojik Kumar Oynama" (PKO) bozukluğu "Dürtü Kontrol Bozukluğu" bölümünde sınıflandırılarak ilk psikiyatrik tanıma kavuşmuştur. DSM-3R' de değişiklikler yapılmıştır. Patolojik kumar oynama 1994 senesinde DSM-4 ile "Başka Yerde Sınıflandırılmamış Dürtü Kontrol Bozuklukları" bölümünde tekrar ele alınmıştır. Bağımlılık kategorisine uygun görülmemiştir. 2013 Senesinde patolojik kumar oynama, DSM-5 ile dürtü kontrol bozukluğu bölümünden çıkarılarak bağımlılıklar bölümünde değerlendirilmiş ve madde ile ilişkili olmayan bozukluklar bölümünde listelenmiştir (APA, 2013).

DSM-5 'e göre "kumar oynama bozukluğu" tanı ölçütleri aşağıdaki listede belirtilmiştir.

1. Kişinin sürekli kumar oynamaya yönelik düşünceleri,
2. İstenilen heyecanı yaşamak için daha yüksek miktarlarda oynama ihtiyacı duymak,
3. Kumar oynamayı seyrekleştirince oluşan sinirlilik hali,
4. Yaşanan sorunlardan kurtulmak için oynamak,
5. Finansal kayıpları kapatmak için oynamak,
6. Oynanan bahisler sonrası oluşan borçlar yüzünden ailesine ve terapistine dürüst olmamak,
7. Kumar oynaması sonucunda düştüğü finansal zorluktan çıkmak için yasa dışı kaynak sağlamak,
8. Önemli ilişkilerini zedelemek ve koparmak,
9. Bırakmak ya da durdurmak için birçok kez oyun oynama arzusunu kontrol altına alamamak, Kişilerin kumar bağımlılığı kriterini taşımaları için yukarıda verilen kriterlerin dörtünü veya daha fazlasını karşılaması gerekmektedir.

Ayrıca bireylerin bağımlılık şiddetinin ölçülmesi için belirlenen kriterler sınıflandırılmıştır. 4-5 hafif, 6-7 orta, 8-9 kriter son 12 ay içerisinde karşılandıysa ağır olarak belirtilmiştir. (APA, 2013).

DSÖ'nün yayımladığı Global Rahatsızlıklar Sınıflaması-10 (ICD-10) kriterlerinde ise dürtü denetimi bozuklukları içerisinde F63.0 koduyla "Patolojik Kumar Oynama" adında bir tanı bulunmaktadır ve tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

- Son 12 aylık süreçte yineleyici (iki ya da daha fazla) kumar oynama durumunun olması.
- Bu dönemlerin kişiye kazançlı bir getirisi olmaması ve kişisel sıkıntı oluşturmamasına karşın sürdürülmesi, günlük yaşam içerisindeki görevlerinin etkilenmesi
- Bireylerin denetlemesi zor olan şiddetli bir şekilde kumar oynama arzusu duyması ya da bırakma isteği/girişimi olmasına karşın bunu yapamadığını bildirmesi
- Bireylerin aklına sürekli olarak kumar oynama ya da kumar etkinliklerinde bulunulan çevre ile ilgili düşüncelerin oluşması (World Health Organization, 2014)

Patolojik Kumar Oynama Davranışı

Patolojik olarak gerçekleştirilen oyun oynama tutumu ve tanı ölçütleri kitabında kendisine yer edindiği üzere, mevcut bireyin kumar davranışı sergileme üzerine yüksek düzeyde efor üretmesi ve önceki dönemlerde kumar davranışı tecrübelerini yeniden deneyimleme, ileri de olan oyunu planlama, önüne geçebilmek veya tekrardan devam ettirmek için ücret kazanmanın planlarına kafa yormak, önceden deneyimlediği duyguları tekrardan hissedebilmek için zamanla yükseliş gösteren düzeydeki birikimleri ile kumar davranışı sergileme ihtiyacı hissetmesi; olumsuzluk ile neticelenen kumar davranışını etkisi düzeyinde tutma, davranışında aza inme veya sonlandırma hareketlerinin bulunması; bu hareketlere rağmen tedirgin veya mutsuz bir sonuç göstermesi; problemlerden uzaklaşmak üzere örneğin eylemsizlik, utanç, kaygı, kötü ruh hali ve benzeri düşük seviyede duygudan uzaklaşmak için kumar davranışı sergilemesi; elinden giden birikimleri yeniden elde etmek için oynama davranışını tekrarlaması; bu zamana kadar gösterdiği davranışları saklamak için çevresine, tedavi ekibine veya diğer insanlara yalan söylemlerle anlatması; kumar davranışı sergilemesi için ihtiyaç duyulan maddiyatı elde etmek için yalan söyleme, insanları dolandırma tutumu, para çalma, üzerine yasal olmayan yollar ile para üstlenme gibi kanuna uygun olmayan tutumlarda ilerleme göstermesi; oyun oynaması nedeniyle önem arz eden bir arkadaşlığını, çalışma hayatını, akademik başarıyı elde etmemesi veya alakalı durumları elinden götürmesi; oyun oynama tutumu sebebiyle bulunduğu olumsuz olaylardan kaçınma para elde etmesi için diğer insanlara güven duyması gibi durumlardan minimum beşinin sağlanıyor olması bireyde patolojik olarak kumar tutumu bulunduğu işaretidir (Kalyoncu vd., 2003). Oyun oynama durumu gözlemlenen insanların dürtüsel olarak hareketlerde bulunmaları, gerçekleştirdikleri tutumları sonlandırabilmeyle ilişkili

olarak düzen problemi gösterebilmeleri oyun sebepleri gözünden önemli olabilmektedir. Bu tip bireylerin tutumları gözlemleri oldukça içgüdüsel bir biçimde basitçe harekete geçilebilen, bulunduğu durumu huzurlu değerlendirme davranışı ortaya koyan ve düşüncesiz, pratik ve neşeli bir durumları gösterme izlenimi ortaya çıkarttıkları saptanmıştır. Benzer bir düşük olan kendine olan saygısını onarmak için bu davranışı sergileme vasıtasıyla bulunduğu ortamda gösteriş durumları olabilmektedir (Derin ve Bilge, 2017). Kumar davranışı gösteren kişiler, zihinsel olarak farklılık içerisinde bulunmakta, yaşamlarındaki eksik olan şeyleri tamamlayabilmek ya da pek çok problemlerden uzaklaşmak için oynama davranışı sergilediklerinden bahsetmişlerdir. Oluşan bu durumla birlikte bir tekrar içerisinde bulduklarından bahsetmişlerdir. Her ne durum yaşanırsa yaşansın kumar oynamanın var olan tüm sorunları unutmada ve problemleri bırakabilme niteliği bulunduğunu ileri sürmektedirler. Var olan problemlerini farklı bireylere aktarmaktansa mevcut olan diğer yaşantının arasına katılmayı kendileri isterler. Bu tip düşüncede olan kişilerin kumar davranışı sergilemesi, göstermeyen kişilere göre aksiyon ve diğer davranışlar isteme eşiklerini gözle görülür şiddette üst seviyede olduğu tespit edilmiştir (Ögel vd., 2012).

Kumar Bağımlılığı Epidemiyolojisi

Kumar oynama davranışı günümüzde literatürde yavaş ilerleyen ve önemli bir halk sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünya genelinde kumar oynama davranışı sergileyen bireylerin varlığı ve yaygınlık oranı değer kazanmış ve yapılan çalışmalar ile literatüre katkı sağlamıştır. Meta- analitik veriler, patolojik kumar oynama yaygınlığının yetişkin bireylerde %0,1-2.7 aralığında seyrettiği yönündedir (Loranis vd., 2011). 2000 senesinden sonra yapılan çalışmalarda elde edilen sonuçlarda kumar oynama davranışının, gençlerde görülme oranı yetişkin bireylere oranla daha fazla bulunmuştur. Avrupa'da yapılan çalışmalarda kumar oynama davranışı sergileyen gençler, toplumun %2 ile %12,3 aralığını oluşturmaktadır (Kalado vd., 2017). 2018 senesinde yürürlüğe giren Küresel Kumar Raporu'nda dünya genelinde kumar ile en fazla zaman harcanan ve diğer bölgelere nazaran daha fazla kumar oynanan kıtanın Asya kıtası olduğu yönünde bilgiler elde edilmiştir. 2019 senesinde Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmanın sonucunda kumar oynama seçenekleri arasında en yaygın olan türün spor bahisleri olduğu ve en çok finansal kayıpların da spor bahisleri üzerinde yaşandığı dikkat çekmektedir. Son zamanlarda hızlıca gelişen ve

kumar oynama imkânlarını kolaylaştıran çevrim içi kumar en yaygın ikinci kumar oynama türü olarak belirtilmiştir. Araştırmaya katılan katılımcıların sosyal kumar oynayıcısı olduğu ifade edilmiştir. (Winters vd., 2019). Patolojik kumar oynama sıklığı ve kumarın zararını azaltmak için uygulanan politikaların potansiyel etkinliği hakkında önemli bilgiler sağlar. Ancak, yaygınlık oranlarının sonuçlarını etkileyen ve yaygınlık çalışmaları arasında karşılaştırma yapmayı zorlaştıran çeşitli metodolojik problemler bulunmaktadır (Williams vd., 2012). Yakın tarihli 69 prevalans çalışmasının dâhil edildiği bir sistematik gözden geçirmede patolojik kumarla ilgili çalışmaların çoğunun Avrupa, Asya, Kuzey Amerika ve Okyanusya'da yapıldığı bildirilmiştir. Dünya genelinde patolojik kumar oynamanın yaşam boyu yaygınlığının %0.7 (Danimarka'da) ile %6.5 (Estonya'da) gibi geniş bir aralıkta değiştiği belirtilmiştir. Asya ülkelerinde daha yüksek oranlar tespit edilmiştir (Calado ve Griffiths, 2016). DSM-IV tanı kriterleri ile yapılmış çalışmalarda yaşam boyu yaygınlık oranları %0.4- 0.6 arasında bildirilmiştir (Kessler vd., 2008). DSM 5'te tanı kriterlerinin değişmesi ile yaygınlık oranlarının daha yüksek bulunacağı öne sürülmüştür, fakat yapılan çalışmalarda biraz daha yüksek sonuçlar elde edilse de görece benzer yaygınlık oranları elde edildiği bildirilmiştir (Petry vd., 2014). DSM 5 ölçütlerine göre tüm popülasyonda yaşam boyu görülme prevalansı %0.4-1.0 arasındadır. Ülkemizde KOB yaygınlığını gösteren geniş çaplı çalışmalara rastlanmamıştır. Ülkemizde 339 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %1.2'sinde patolojik kumar oynama sorunu olduğu tespit edilmiştir (Vayisoğlu vd., 2019). Belirli klinik popülasyonlarda patolojik kumar oynama için daha yüksek yaygınlık oranları bildirilmiştir. Bunlar arasında madde bağımlılığı, duygu durum bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları ve Parkinson hastalığı dahil tıbbi ve nörolojik durumlar vardır. Yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında %6.9 ve madde kullanımı tedavisi gören bireylerde % 4.3 yaygınlık oranları bildirilmiştir (Vayisoğlu vd., 2019). Patolojik kumar oynama problemi olan bireylerde komorbid durumların incelendiği bir çalışmada; %73.2'inde alkol kullanım bozukluğu, %38.1'inde madde kullanım bozukluğu, %60.4'ünde nikotin bağımlılığı, %49.6'sında duygu durum bozukluğu, %41.3'ünde kaygı bozukluğu ve %60.8'inde kişilik bozukluğu olduğu tespit edilmiştir (Petry vd., 2005). Ayrıca Parkinson gibi bazı nörolojik hastalıklarda PKO sıklığının arttığı bildirilmektedir (Potenza vd., 2019). Kadınların komorbid duygudurum ve anksiyete bozuklukları yaşama olasılığının erkeklerden daha fazla olduğu tespit edilmiştir (90). Belirli özelliklerin KOB riskini

arttırdığı görülmektedir. Erkek cinsiyet, genç olmak, eğitim düzeyinin düşük olması, travma öyküsü, dürtüselliğin belirgin olması, yalnız ya da boşanmış olma ve dezavantajlı bölgelerde yaşamanın riski artıran durumlar olduğu belirtilmiştir (Welte vd., 2017). Kumar oynama bozukluğu riskini artıran bir diğer faktör oyunun türüdür. Yapılan çalışmalarda oyun türünün özellikle yüksek bağımlılık riski ve süreklilik göstermesi ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir. Yüksek kazanım oranları vadeden ve kısa sürede sonuçlanan oyun türlerinin kumar oynama davranışının süreklilik göstermesine neden olabilecek etmenler arasında olduğu gözlenmiştir (Delfabbro vd., 2020). Yapılan bir meta analiz çalışmasında özellikle elektronik oyun makinelerinin ve internet ortamında oynanan kumar türlerinin yüksek bağımlılık ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Allami vd., 2021). İnternet kullanımının artması ile birlikte internette oynanan kumarın da yaygınlaştığı gözlenmiştir. Çevrimiçi kumarın 2012'de toplam küresel kumar pazarının tahmini olarak %8-10'unu oluşturduğu ve bu oranın giderek arttığı görülmektedir (Gainsbury, 2015). İnternet ortamında dijital para ile işlem yapılması kolaylık sağlaması ile riski artırmasının yanında, daha fazla maddi kayıplara yol açması problemin yeni boyutudur. İnternet üzerinden oynanan kumar özellikle gençler arasında yaygınlaşmaktadır. Ayrıca internette kumar oynama gençlerde düşük akademik başarı, artmış alkol kullanımı ve azalmış akran teması riski ile ilişkilendirilmiştir (McCormack ve Griffiths, 2012).

Kumar Bağımlılığı Etiyolojisi

Kumar oynama davranışı birden fazla modelin etkisi içerisindedir. Bireylerin bilişsel seviyeleri, genetik yatkınlıkları, öğrenme becerileri bu modellere örnek verilebilir. Kumar bağımlılığı gün geçtikçe daha çok faktörü içerisinde barındırmaktadır. Bu nedenle kumar oynama davranışını tek bir faktör ile ele almak mümkün değildir. Kumar oynama davranışını biyolojik, psikolojik ve sosyal yaklaşımlar üstünden ifade etmek en doğru kabul ölçütüdür. Bireylerin yaşam koşulları, aile ilişkileri ve psikopatolojik durumları kumar bağımlılığının gelişmesi ve sürdürmesiyle ilişkilidir. Problemlerden kaçmak ve baş edememek kumar oynama nedenleri arasında sayılabilir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda travmatik yaşantıları olan bireylerin kumar oynama risklerinin oldukça fazla olduğu yönünde sonuçlar görülmektedir (Dinç, 2014). Bireyleri kumar oynama davranışına yönelten nedenler arasında en güçlü nedenin bahis yapılırken bireyin yaşamış olduğu haz duygusu olduğu araştırmalar tarafından ifade edilmektedir. Kumar oynama davranışının ilk

evresi olan kazanma evresinde bireyler haz yaşamak için oynarken daha sonraki evrelerde kayıplar peşinde koşmaktadır. Bu evrede kişi sorumluluklarını artık üstlenememektedir. Kumar oynayan bireyler ilerleyen dönemlerde elden veya bankalardan yüksek faizlerde finansal kaynaklar aramaya başlamaktadır. Bireyler finansal kayıplar nedeniyle ailesine ve çevresine karşı dürüst olmamaktadır. Artık kumarı heyecan duymak için değil içinde bulunduğu durumdan çıkış için oynamaktadır. (Pınarcı, 2014). Literatürdeki araştırmalar incelendiğinde kumar oynama davranışı sergileyen bireylerin belirsiz riskler almasının ve bilişsel çarpıtmalarının olmasının sebebinin nörobiyolojik olabileceği yönündedir. Ortaya çıkan bu teoriler serotonerjik ve noradrenerjik reseptörler üzerinde durmaktadır ve çalışmalar günümüzde devam etmektedir (Sadock ve Sadock, 2000). Kumar oynama bozukluğu, gelişiminde biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin yer aldığı multifaktöriyel ve çok boyutlu bir durumdur (Blaszczynski ve Nower, 2002). Kumar oynama bozukluğu nedenlerini açıklamak için önerilen modellerden iki bütünleştirici model öne çıkmaktadır: Yollar Modeli (The Pathways Model) ve Biyopsikososyal Model (Hodgins vd., 2011). Biyopsikososyal model esas olarak bilişsel-davranışçı ve stres duyarlılığı çerçevesine dayanır. Bu modele göre hazırlayıcı faktörler (örneğin, zayıf problem çözme ve başa çıkma becerileri, genetik yatkınlıklar), erken kumar deneyimleri (örneğin, büyük kazançları erken elde edebilmek) ve olumsuz psikososyal deneyimler (örneğin, stresli yaşam sorunları) ile etkileşime girmekte ve KOB'a neden olmaktadır (Sharpe, 2002). 'The Pathways Model' (Yol Modeli) bu hastaları üç alt gruba ayırmayı önermektedir: -Davranışsal olarak koşullanmış olanlar: Düşük düzeyde psikopatoloji vardır, davranışın pekiştirici etkisi ile bağımlılık oluşur. - Duygusal olarak kolay incinir olanlar: Olumsuz duygulanımdan kaçınmak için kumar oynarlar. - Dürtüsel ve antisosyal olanlar: Olumlu pekiştirmenin etkisi ile heyecan arama motivasyonu ile kumar oynarlar (Blaszczynski ve Nower, 2002). Her iki modelde kumar sorununun gelişmesi ve sürdürülmesiyle ilgili benzer faktörler ve süreçler tanımlanmaktadır. Modeller arasındaki temel fark, biyopsikososyal modelin kumar bozukluğunu homojen bir durum olarak ele alırken, yol modelinin kumar bozukluğunu heterojen bir tablo olarak değerlendirmesidir (Hodgins vd., 2011). Yapılan çalışmalarda yol modelinin (The Pathways Model) kavramsal olarak daha geçerli olduğu bildirilmiştir. Davranışsal teoriye göre, kontrolsüz kumar oynama pekiştirme süreci aracılığıyla kazanılan uyumsuz ve öğrenilmiş bir davranıştır. Kumar oynamanın maddi kazanç

imkanı, heyecan vermesi ve sosyalleşmeye imkan sağlaması pozitif pekiştireç işlevi görürken; olumsuz duygulanımdan kaçınmaya destek olması da negatif pekiştireç olarak işlev görür. Bilişsel teori kumar hakkındaki hatalı bilişleri ve yanlı bilgi işleme süreçlerini değerlendirir (Hodgins vd., 2011). Kumar ile ilgili hatalı bilişsel çarpıtmalar şu şekilde belirtilmiştir: kumar becerilerinin büyütülmesi, batıl inançlar (belirli nesnelere, davranışların veya bilişlerin kumar sonuçlarını nedensel olarak etkileyebileceği varsayımına dayanır), yorum yanlılığı (kişinin kayıpları anlamlandırmasına, bunlardan anlam çıkarmasına ve kumarın devam etmesini kolaylaştırmasına yardımcı olan yorumlayıcı çabalar), zamansal teleskop (kazancın yakın zamanda gerçekleşeceği inancını ifade eder), seçici bellek, tahmin becerisi, şans üzerinde kontrol yanılması, aldatıcı korelasyon (Allami vd., 2021).

Kumar Oynama Bozukluğunun Nörobiyolojisi

Kumar oynama bozukluğu, striatum, orbitofrontal korteks, anterior singulat korteks, insula, hipokampus ve amigdala dâhil olmak üzere beynin frontostriatal ve limbik bölgelerindeki bozulmalar ile ilişkilendirilmiştir. Bu bölgeler, ödül duyarlılığı, kaybı kovalama (kayıplarını telafi etme çabasıyla bahislerini artırma eğilimini tanımlar), stres disregülasyonu ve sosyal-duygusal problemlerle ilgili alanlar olup KB'nin klinik özellikleri ile ilişkilidir (Zhang ve Clark, 2020).

Striatum ve dopaminerjik sistem: KOB ile yapılmış birçok nörogörüntüleme çalışması, striatum ve PFK'da görülen değişikliklere ve bu değişikliklerin uyumsuz karar vermeye nasıl katkıda bulunabileceğine değinmiştir (Clark vd., 2019).

Striatum, ödül ile ilgili işlevlerde görev alır; ventral striatum sonuçlar ile ilgili uyarıcıyı öğrenme (örneğin kumar ipuçları ve parasal kazançlar arasındaki bağlantı), dorsal striatum davranış ile ilgili uyarıcıyı öğrenme (örneğin kumar ipuçları ve yaklaşım odaklı davranışlar arasındaki bağlantı) ile ilişkilendirilmiştir (Jessup ve O'Doherty, 2011). Ödül işleme ile ilgili bir meta-analiz, kumar ve madde bağımlılığı olan bireylerde ödül beklentisi sırasında ventral striatumun nispeten azalmış aktivasyonun olduğuna vurgu yapmıştır (Luijten vd., 2017). Ayrıca bazı araştırma bulguları ventral striatumdaki dopamin ile ilişkili anormalliklerin KOB olan kişilerde dürtüsel davranışlara katkıda bulunabileceğini belirtmektedir. Dorsal striatumda artan dopamin iletimi ise sorunlu kumar oynamanın ciddiyeti ile ilişkilendirilmiştir.

Frontostriatal devreler: Striatumun projekte olduğu alanlardan birisi de özellikle ödül ile ilişkili karar mekanizmalarından biri olan medial prefrontal korteksdir. KOB

hastaları ile yapılmış beyin görüntüleme çalışmaları, hatırlatıcı uyarana maruz kalma, simüle edilmiş kumar, inhibisyon kontrolü ve ödül beklentisi sırasında frontostriatal bölgelerde nispeten azalmış nöronal aktivite göstermiştir (Limbrick-Oldfield vd., 2017). Ek olarak, striatum ve medial PFK arasındaki azalmış bağlantı, KOB'da hatırlatıcı uyarana kaynaklı aşırma ile ilişkilendirilmiştir. Medial orbitofrontal korteks ve anterior singulat korteks, patolojik kumar oynayan bireylerde kumar ile ilişkili uyarılara artmış nöronal aktivasyon yanıtı gösterirken, bu bölgeler ve striatum, kumarla ilgili kazanımlara yanıt olarak azaltılmış nöronal aktivasyon gösterdiği tespit edilmiştir (De Ruiter vd., 2009). Bu veriler, ödül değerlendirmesinde yer alan bölgelerin, kumar sırasında kazanılan veya kaybedilen gerçek değerden ziyade kumar oynanabilirliğini gösteren dış uyarılara daha duyarlı olabileceğini göstermektedir. Striatum ek olarak başarısız oldukları kanıtlandığında eylem modellerinin değiştirilmesi ve kayıpların izlenmesi ile ilgili ventrolateral PFK (veya lateral orbitofrontal korteks) bölge ile etkileşime girer. Bu bölge, kumar sorunları olan kişilerde tekrarlayan eylem kalıplarını değiştirmeye çalışırken azalmış nöronal aktivasyon gösterir, bunun bireylerin kayıplar arttığında kumar davranışını sürdürmeleri ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (De Ruiter vd., 2009).

İnsula: Duygusal deneyimler sırasında beden duyularının algılanması, bu uyarıların kodlanması (örneğin kumar oynama davranışı sırasında heyecan, risk gibi) ve davranışın bilişsel değerlendirmesinde (örneğin kumar ile ilgili bilişsel hatalar gibi) rol oynar (Potenza, 2014). İnsulanın KOB olan kişilerde ödül ve ceza öğrenimi ile ilgili bölgelerle anormal bir şekilde etkileşime girebileceği, bu da bedensel geri bildirim (kumar öncesi artan kalp atışı duyuları gibi) ödül, heyecan olarak deneyimlenmesine yol açabileceği belirtilmiştir (Verdejo-Garcia vd., 2012).

Hipokampus ve amigdala: Hipokampus ve amigdala, duygusal öğrenme ve stres düzenlemesiyle ilişkilendirilmiştir. Patolojik kumar oynayan bireylerin amigdala ve hipokampus hacimleri daha küçük bulunmuştur (Dedovic vd., 2009).

Kumar Oynama Bozukluğunda Genetik Faktörü

Toplum temelli çalışmalar KOB riskinin hem çevresel hem de genetik faktörlerle ilişkili olduğunu göstermektedir. KOB'un moleküler genetik çalışmalarından elde edilen bulgular başlangıç olarak kabul edilm ekle beraber bu sonuçlar KOB'un spesifik, klinik olarak ilgili özelliklerinde genetik geçiş ihtimali hipotezini desteklemektedir (Potenza, 2014). Kadın ve erkek katılımcıların olduğu

geniş çaplı araştırmada DSM-4 kriterleri baz alınmış ve kalıtsallık oranı %50- 58 arasında bildirilmiştir. Bu çalışmada kadın ve erkek katılımcılar arasında kalıtım oranları arasında fark olmadığı da belirtilmiştir (Slutske vd., 2010). Moleküler genetik çalışmalar, dopaminerjik ve serotonerjik genlerin KOB'a yatkınlık ile ilişkili olabileceğini bildirmiştir. Genom boyu ilişkilendirme çalışmalarında metallothionein (MT1X), ataxin (ATXN) ve çok düşük yoğunluklu lipoprotein reseptörü (VLDLR) gen varyantlarının KOB ile ilişkili olabileceği, fakat daha fazla çalışma yapılması gerektiği belirtilmiştir (Niesche ve Haase, 2012). Amacı bir COMT inhibitörü olan tolkaponun KB semptomlarını iyileştirip iyileştirmediğini belirlemek olan bir çalışmada semptom iyileşmesi, val/val COMT polimorfizmi olan deneklerde önemli ölçüde daha belirgin olduğu tespit edilmiştir (Grant vd., 2013). Genel olarak, KB'yle ilgili spesifik genetik faktörleri aydınlatmak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu aşıkardır.

Kumar Bağımlılığı Prognozu

Kumar bağımlılığının seyir evreleri dört aşamayı içermektedir. İlk evre kazanma evresi olarak belirtilmektedir. Oyuna karşı denetim ve tolerans bu evrede gelişim göstermektedir. Kumar başında geçirilen zaman ve emek bu evrede artmaktadır. Bu evrede bireyler yavaş yavaş yakın çevresinden uzaklaşmaya başlamaktadır. İlk evrede bireyler şansa dayalı kumar oynarken kumar oynama becerisini de zamanla geliştirdiğini düşünmektedir. Bu dönemde finansal kayıplar yaşanmaktadır. İkinci evre kaybetme evresi olarak belirtilmektedir. Bu evrede yüksek kayıplar meydana gelmektedir ve kişi için kötü bahis dönemi olarak nitelendirilmektedir. Bu kayıplar olağan kumarbazlar için depresif, huzursuzluk durumu iken patolojik kumar oynama bozukluğu olan bireylerde narsistik bir darbe niteliğindedir. Borç ve kredi alma bu dönemde daha yoğun olarak görülmektedir. Kişiler borçları borçla kapatmak, kaybedilenleri yerine koymak için çaba sarf etmektedir. Kumar oynama davranışı sonucu kazanılan miktarlar kumara ve borçlara yatırılmaktadır. Üçüncü evre tükenmişlik evresidir. Bu dönem kişinin varlıklarını yitirdiği zorlu bir dönemdir. Kişilerin yasa dışı davranışlar sergiledikleri ve umutsuz oldukları bir dönemdir. Sıklıkla depresyonun görüldüğü ve intihar girişimlerinin yüksek olduğu bir dönemdir. Dördüncü evre vazgeçme evresidir. Son evredir. Bu evrede kişiler biyo-psiko-sosyal zorluklar içerisindedir. Bu zorlukları kabullenmeyi içeren bir evredir (Sadock ve Sadock, 2000). Kumar oynama davranışı sergileyen ve

kazanma evresinde olan bazı kişilerin kumara karşı farkındalık geliştirip yardım almak istediklerinin bilinmesine rağmen; çoğunluğun zor durumlarla karşılaştığında, ilişkileri bozulduğunda, yasa dışı işlere karıştıktan sonra yardım istediği bilinmektedir (Balcı ve Yılmaz, 2000). Kumar bağımlısı olan bireylerde seyir evreleri madde kullanımı, iş kaybı, depresyon, finansal zorluklar ve diğer komorbid süreçlerden etkilenmektedir (Altuner vd., 2009).

Kumar Bağımlılığı Risk Etmenleri

Kumar oynama davranışı sergileyen bireylerin birçok faktörden etkilendikleri bilinmektedir. Bu faktörler kumar oynama riskini arttırabilmektedir (Bayındır, 2018; Güdek, 2016; Ayhan ve Köseliören, 2019).

Yaş: Ufak yaşta kumara erişen bireylerin ileriki dönemde patolojik kumar bağımlısı olma riski diğer bireylere daha yüksektir.

Cinsiyet: Yapılan araştırmalar kumar bağımlılığı popülasyonunun erkeklerde daha fazla olduğunu destekler niteliktedir.

Davranış Bozuklukları: Alkol ve madde kullanımı veya eşlik eden psikiyatrik sorunlar riski arttırabilmektedir.

Yer: Kişinin yaşamış olduğu bölgede yoğun kumar oynanması riski artırıcı bir faktördür.

Aile: Kişinin ebeveynlerinde ve yakınlarında kumar oynama geçmişinin olması, kişinin kumar oynama olasılığını arttıran bir durumdur

İlaç kullanımı: Parkinson hastalığı tanısı almış kişilere reçete edilen ilaçlar yan etki olarak seks ve kumar bağımlısı olma ihtimali arttırmaktadır. Kişilik özellikleri: Çabuk sıkılan, heyecan arayan, hiperaktivite bozukluğu olan bireylerin kumar bağımlısı olma riski yüksektir (Aydın Ve Gelal, 2012).

Şans Oyunlarının Türleri

Geçmişten günümüze kadar gelen süre içerisinde kumarın pek çok farklı türleri mevcuttur. Özellikle gelişen teknoloji ve bilişim ile birlikte bahis siteleri artmış herkesin kolayca erişim sağlayabileceği internet siteleri ya da akıllı telefon uygulamaları vardır. Bazı mecralarda kumar oynamayı, stres ve gerginlikten kurtulma, iyi vakit geçirme ve sosyalleşme aracı olarak gösterip cazip hale getirmeye çalışılmaktadır. Bu mecraların içerisinde devletler de katılabilir. Türkiye’de Milli Piyango İdaresi ve denetimi altında kazı kazan, şans topu, sayısal loto, çeşitli spor bahisleri ve at yarışı bahisleri vardır.

Bahis

Bireylerin henüz sonucu kesin olmayan, değişen miktarlarda para yatırdığı spor müsabakaları, seçim sonuçları gibi birtakım ihtimaller üzerine olası sonuçları tahmin edip, yatırdığı paranın daha fazlasını kazanmayı arzu etmesine denir. Günümüzde en yaygın kumar türlerinden biri de bahistir. Bahsin çeşitli türleri mevcuttur. Spor bahisleri, tazı bahisleri, araba yarışları hatta Kuzey Amerika başta olmak üzere birçok kıtada bireylerin yaşamını etkileyen olaylarda yasa dışı olarak bahis açıldığı görülmüştür. Bunun en çarpıcı örneklerinden birkaçı; 2014 Dünya Kupası turnuvasında, “Bir hayvan maç oynanırken sahaya girecek mi” “Bir oyuncu hakemi yumruklayacak mı”? gibi ilginç bahislerde açıldığı görülmüştür (Onedio, 2014). Özellikle futbol endüstrisinde bahsin yerinin büyük olduğu söylenebilir. Bahisleri sadece halk içindeki bireyler değil spor müsabakalarında görev çeşitli sporcular tarafından tercih edilmektedir. Ancak bu pek tabii ki yasal değildir ve ciddi yaptırımlar söz konusu olabilir. Örnek vermek gerekirse, İngiltere Premier League takımlarından Burnley’ de görev yapan İngiliz futbolcu Joey Barton 2017 yılında kumar ile olan ilişkisi nedeniyle ceza alarak sahalardan 6 ay kadar uzak kalmıştır.

At Yarışı

İlk olarak M.Ö 700’lerde Yunanistan’da düzenlenmiştir. Türkiye’de ganyan olarak da nitlendirilen at yarışı, başta ülkemiz ve İngiltere olmak üzere dünyanın çeşitli yerlerinden oynanan bir şans oyunudur. At yarışı, üçlü, dörtlü, beşli ya da altılı şekilde oynanmaktadır. Atlar çim, sentetik ya da yarı sentetik çim ya da toprakta yarışmaktadırlar. Ülkemizde at yarışlarının denetimi ve yürütülmesi TJK (Türkiye Jokey Kulübü) tarafından sağlanmaktadır. Günümüzde Gazi Koşusu, Cumhurbaşkanlığı Kupası gibi turnuvalar düzenlenmektedir (Tarihçe, 2020).

Loto

Ülkemizde en yaygın şans oyunlarından biridir. Milli piyango bileti, şans topu, sayısal loto, on numara gibi çeşitli loto oyunları vardır. Her biri haftanın farklı günlerinde olup işleyişi ve denetimi Milli Piyango İdaresine aittir (Sayısal Loto, 2021).

Kumar Bağımlılığının Evreleri

Kumarın ve kumar oynamanın bazı evreleri vardır. Bu evreler sırasıyla önce bireyin iyi kazançlar elde ederek kumara alışmasını, ardından kazançların tükenmeye başladığı ve kazanç kaybın eşitlendiği, daha sonra kumar bağımlısı bireyin yavaş yavaş maddi ve manevi olarak kendisini tükettiği ve en son olarak ise bireyin hiçbir çaresinin kalmadığı ve kumara teslim olduğu evredir (Babuna, 2013).

Kazanma Evresi

Bazı bireyler şanslarının yardımıyla kumara başlarken çok ciddi kazançlar sağlayabilirler. Bununla ilgili halk içinde “acemi şans” olarak da tabir edilen bir dönemdir. Birey bazen kendinin bile tahmin edemediği (bir yıllık toplam maaşını, bir yılda kazanmak gibi) kazançlar elde edebilirler. Yine bu evrede bireyler, kazancın verdiği coşku ve sevinç ile kontrolü tamamen kaybedebilir (Braverman ve Schaffer, 2012). Aile ve arkadaşlarından uzaklaşır, kendisi gibi kumar oynayan bireyler arkadaşlık edip kumar ortamı oluşturabilir.

Şansın Dönme Evresi

Kumar bağımlısı bireyin kazanma evresi genellikle kısa sürer ve hemen ardından şansın dönme evresi gelir. Bu evrede birey tüm kazandıklarını yavaş yavaş kaybetmeye başlar. Özellikle patolojik kumar oynama bozukluğu olan bireyler, bu evrede aşırı agresif ve gergin olurlar çünkü kaybetme durumunu bir nevi kendine yediremez, kısa süre önce büyük kazançlar elde ederken birden kaybetmeye başladığında birey tekrar kazanç elde edebilmek için kumarı her zamankinden daha fazla düşünmeye ve oynamaya başlayabilir. Kumar bağımlılarının borç alma ve borçlanma evresi de bu dönemde başlar. Önce yasal yollardan daha sonra ise yasal olmayan yollardan para edinmeye çalışabilir. Bazı kumar bağımlıları evini, arabasını kısaca maddi olarak değerli gördüğü ne varsa satmaya çalışıp tekrar kumar oynamaya başlayabilir (Braverman ve Schaffer, 2012).

Tükenme Evresi

Kumar bağımlısı bireyin gerek parası gerekse değerli olabilecek bir malının kalmadığı dönemdir. Bireyin tüm psikolojisi bozulmuş, direnci düşmüştür. Kumar bağımlılarının en çok intihar ve intihara teşebbüs ettiği dönem yine bu dönemdir (Babuna, 2013).

Teslimiyet Evresi

Kumar bağımlısı bireyin tamamen bittiği dönem de denilebilir. Aile terk etmiştir, yüksek ihtimalle kalacak bir yeri dahi kalmamıştır (Babuna, 2013).

Kumar Oynama Yaygınlığı

Son yıllarda yapılan araştırmalar, dünya nüfusunun %1'inin kumar oynadığını göstermiştir (Bayındır, 2018). Kumar oynamayı tercih etmenin nedenleri toplumdan topluma, kültürden kültüre değişmektedir. Bazı toplumlar, kumara sosyalleşme ve eğlence amaçlı bakarken, bazı toplumlar kumar oynayan veya oynatanlara karşı negatif tutum sergilerken, bazıları ise gerek kültürleri gerekse dini açıdan çok sakıncalı bir davranış olarak görmektedirler. Başka Amerika olmak üzere bazı Batı toplumları kumara eğlence amaçlı bakar, evlerde konken partileri düzenlenir, casinolara ailecek gidilip yemekler yenip hatta iş toplantılarının dahi yapılabildiği söylenebilir. Türkiye gibi Müslüman ülkelerde ise kumarın çok sakıncalı bir davranış ve dinen de günah olduğu kısaca kumara yaklaşımın çok da hoş olmadığı söylenebilir. Kumarın ve kumar oynama davranışının sonuçları da ülkelere göre değişkenlik gösterebilir. Örneğin; kumar oynamanın en olumsuz sonuçlarının yaşandığı yerler Asya, orta derecede problemlerin yaşandığı Amerika ve Avustralya, en az sorun yaşanan yerler ise Avrupa'dadır (Williams, vd., 2012). Dünya üzerinde kumar oynamanın sıklığı üzerine yapılmış pek çok araştırma da, özellikle bazı ülkelerin gerek ekonomik sorunlar, gerek eğitim seviyesinin düşüklüğü ve gerekse uzun yıllar sömürü altında kalmaları nedeniyle Porto Riko, Yeni Zelanda, Maoriler ve KKTC'nin kumar oynama oranlarının dünya ortalamalarının çok üstünde olması ortak sonuçlardandır (Çakıcı, 2019). Kumar bağımlılığının geçmişten günümüze bu denli yaygın olmasının bazı nedenleri vardır. Bunlar; ilk olarak, toplumların genellikle kumar bağımlılığı ile ilgili olarak bağımlılık olarak değil de kötü bir alışkanlık olarak görmeleri varsayılabilir. Yine toplumdaki bir diğer bakış açısı, kumarı şans işi olarak görüp, kumar oynayan kişilerin aslında istedikleri zaman bırakabileceklerini düşünüp kumarı masum bir davranış olarak algılamaları ve son olarak ise, çok sayıda kumar türünü devletlerin resmi bir şekilde oynatması olarak gösterilebilir (Bayındır, 2018). Özellikle günümüzde pek çok devlet, ekonomik sorunlarını çözebilmek amacıyla ülkelerinde kumarı yasal olarak kabul etmiştir. Kumar bağımlılığının toplum tarafından kabul edilmesi, bağımlılığın oluşması ve gelişmesine zemin hazırladığı düşünülmektedir. Kumar oynama bozukluğunu

cinsiyet açısından ele alan bir araştırmada, erkeklerin kadınlara oranla daha fazla kumar bağımlısı oldukları görülmüştür (Andreassen vd., 2016). Bir başka araştırmada, erkeklerin daha strateji gerektiren ‐poker‐ gibi oyunları tercih ettiği, kadınların ise şansa dayalı ‐slot makineleri‐ gibi oyunları tercih ettikleri sonucu ortaya çıkmıştır (Potenza, vd., 2001). Ülkemizdeki kumar oynama yaygınlığına bakıldığında, 2009 yılında Devlet Denetleme Kurulu tarafından (DDK) 1536 kişi ile yapılan bir çalışmada, örnekleme alınan bireylerin 1085’i (%67) herhangi birini (bahis, yarış, şans oyunu vb) en azından bir kere oynadığını, 451’i (%32.7) herhangi bir oyunu hiçbir şekilde oynamadığını ifade etmişlerdir. şans Topu, On Numara, Milli Piyango gibi oyunlardan sonra en çok oynadıkları oyunun %27 ile Kazı Kazan olduğu ve bunu % 21 ile futbol bahsi oyunları takip etmektedir. Türkiye’de geçmişi çok eskilere dayanan At Yarışı’ nın ise bilinirliği yüksek olmasına rağmen, bugüne kadar bu oyunu en az bir kez oynayanların oranı ise %8 olarak görülmüştür (Devlet Denetleme Kurulu, Akt: Pınarcı, 2014).

Kumar Oynama Bozukluğu Tedavisi

Kumarın geçmişi her ne kadar insanlığın tarihinin başlarına kadar uzansa da, kumar bağımlılığının tedavisi için aynı şeyleri söyleyebilmek pek mümkün görünmemektedir (akıcı, 2019). Kumar oynama bozukluğunun tedavisi ile ilk olarak, bireyin kendi durumunu fark etmesi, kabul etmesi ve kumar oynamayı bırakmak istemesi ile gerçekleşir. Daha sonrasında tedavinin gerçekleştirebilmesi için bireyin kendi öz disipliniyi sağlaması ve bu konuda ısrarlı olması gerekmektedir. Kumar bağımlılığının tedavisinde hiç kuşkusuz ailenin desteği de yadsınamaz bir gerçek olduğu düşünölmektedir. Her ne kadar kumarın getirdiği birtakım maddi-manevi problemlerden dolayı aile ile iletişim bozulmuş olsa da, ailenin tedavi sürecine katılmasının önemli olacağı belirtilmektedir. Kumar bağımlılarının tedavileri ayaktan tedavilerle mümkün olabileceği gibi bir kliniğe yatıp müşahade altında da tutulabilir. Unutulmaması gereken noktalardan biri de, her bireyin kumara başlama ve devam ettirmeye dair farklı kişilik örüntüleri olduğundan dolayı, tedavilerden kişiden kişiye değişiklik göstereceği söylenebilir. Kumar bağımlılığının tedavisinde, farmakoterapi, bilişsel davranışçı terapiler ve psikanalitik tedavileri içeren psikoterapi yöntemleri ve çeşitli kendime yardım gruplarından oluşur.

Farmakoterapi

Kumar oynama bozukluğu tedavisi için farmakoterapi ile ilgili yapılan araştırmaların kesinliği hakkında konuşabilmek oldukça güçtür. Zira ilaçların çok fazla sayıda yan etkileri vardır, bu da araştırmaların net ve tutarlı sonuçlar verebilmesini güçleştireceği söylenebilir (Soyata, 2017). Kumar bağımlılığının diğer davranışsal ve madde bağımlılığına benzerlikleri göz önüne alınarak, bağımlılığın tedavisi üç aşamalı bir yapıdan oluştuğu varsayılabılır. Birincisi detoksifikasyon yani yoksunluk belirtilerini ortadan kaldırmayı amaçlayan ve ilaçlarla desteklenebilen aşamadır. İkinci olarak, bağımlılıklarda nüksü önleyebilmek için başa çıkma stratejileri geliştirmek, eski işlevsiz inanç ve davranışlar yerine yeni inanç ve davranışlar geliştirmeyi amaçlanan aşamadır. Son olarak ise, bağımlılıkla ilgili duygu, düşünceleri ve davranışlardan uzak kalmayı devam ettirmeyi içerir (Çakmak & Tamam, 2018). Kumar oynama bozukluğunun tedavisinde kullanılan ilaçlar, antidepresanlar, opioid antagonistleri ve duygu durumu düzenlemek için kullanılan ilaçlardır. Duygu durum düzenleyen ilaçların içerisinde en etkili olanı ise Lityum olarak görülmüştür (Petry, 2008). Yine çeşitli antidepresanlar, kumar oynama bozukluğunun tedavisinde etkili olduğu görülmüştür. Patolojik kumar oynama bozukluğu olan 10 bağımlı ile placebo etkisini görme amacıyla yapılan ve 8 hafta süren çalışmada, 7 bağımlı hastada başarılı olduğu görülmüştür (Hollander v.d., 1998). Kumar bağımlılığının mevcut nörokimyasal, nörobilişsel veya nörogörüntüleme bulgularına dayalı olarak serotonerjik antidepresanlar, lityum, glutamaterjik ajanlar, COMT inhibitörleri, nöroleptikler, dopamin reseptör antagonistleri ve opioid antagonistleri dahil olmak üzere pek çok ilaç araştırılmıştır. Birden fazla açık etiketli çalışmanın umut vaat etmesine rağmen, çift kör plasebo kontrollü çalışmaların sonuçları genellikle yeterli değildir (Bartley ve Bloch, 2013). Bu nedenle hiçbir farmakolojik ajan onaylanmamıştır.

Opioid-Reseptör Antagonistleri: KB tedavisi için en fazla araştırılan ilaç sınıfı, naltrekson veya nalmefen gibi opioid reseptör antagonistleridir (Grant vd., 2013). Opiat antagonistlerinin, nukleus akumbens ve bağlantılı motivasyonel sinir devresindeki dopamin nörotransmisyonunu baskıladığı, böylece kumarla ilgili heyecan ve aşermeyi azalttığı düşünölmektedir (Kim vd., 2008). 16 hafta süren çok merkezli olarak yürütölen ve 207 kişinin katıldığı bir çalışmada, nalmefen alan hasta grubunun plasebo grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha çok düzelme gösterdiği gözlenmiştir. Bu çalışmada ayrıca düşük doz nalmefen (25

mg/gün) tedavisinin etkin ve yan etki bakımından daha güvenilir olduğu belirtilmiştir (Grant vd., 2006). Başka çok merkezli yürütülen bir çalışmada, plaseboya kıyasla nalmefen grubunda birincil ve ikincil sonuçlar açısından anlamlı fark tespit edilmemiş, ancak en az 1 hafta boyunca yüksek nalmefen dozu (40 mg/gün) tedavisi ile plasebo karşılaştırıldığında belirtilerde anlamlı azalma tespit edildiği bildirilmiştir. Opioid reseptör antagonistleri ile tedavide başarının ön gördürücü etmenlerini belirlemek üzere yapılmış bir çalışmada; ailede alkolizm öyküsü ve kumar oynama dürtüsünün yoğunluğu pozitif yanıt ile ilişkilendirilmiştir. Bu karışık bulgular göz önüne alındığında, PKO tedavisi için opioid antagonistlerinin genel klinik etkinliğini belirlemek amacı ile daha fazla çalışma ihtiyacı olduğu görülebilir (Grant vd., 2010).

Monoaminerjik İlaçlar: PKO'nun önceki sınıflama kategorileri de göz önüne alındığında, hastaların özellikle dürtü kontrolü ile ilgili olarak sorun yaşadığı ve bu nedenle tedavide serotonerjik tedavilerin faydalı olabileceği düşünülmüştür (Potenza, 2013). Fluvoksamin ve paroksetin ile ilgili ilk çalışmalar plaseboya kıyasla bazı faydalar gösterse de, daha sonraki fluvoksamin, paroksetin ve sertralin çalışmalarında bu etki düzeyleri anlamlı bulunmamıştır. Bupropionun etkinliğinin araştırıldığı bir çalışmada; plaseboya göre üstünlük görülmediği belirtilmiştir (Potenza, 2013). Kumar bağımlılığı olan bireylerde prefrontal alanlar ile ilişkili bilişsel eksiklikler bildirildiği için dopaminin bir tedavi hedefi olabileceği düşünülmüştür. Frontal loblarda, dopamin geri alım taşıyıcıları ve COMT, sinaptik dopaminin düzenlenmesinden ve etkisizleştirilmesinden kısmen sorumludur (Tunbridge vd., 2004). KB olan 24 kişide bir COMT inhibitörü olan tolkapon kullanılarak yapılan bir çalışmada, tolkapon tedavisinin kumar oynama davranışını önemli ölçüde azalttığı bildirilmiştir. Plasebo yanıtları göz önüne alındığında daha fazla kontrollü çalışmalara ihtiyaç olduğu söylenebilir. Kumar davranışına ilişkin deneysel hayvan çalışmaları ön singulat korteks ve insula dahil olmak üzere çeşitli bölgelerde etkin olan dopamin D4 reseptörünün tedavide kullanılması için deneysel hayvan çalışmaları devam etmektedir (Cocker vd., 2016).

Glutamaterjik İlaçlar: Preklinik araştırma verilerinde glutamat iletimi ve reseptörlerinin ödül, pekiştirme ve nüksetmede olası bir rolü olduğu öne sürülmüş, buradan hareketle bağımlılıklar için ilaç geliştirmede glutamatın potansiyel bir rolü olacağı önerilmiştir (Kalivas ve Volkow, 2011). Glutamat modüle edici ajan olan Nasetilsisteinin, KB olan 27 kişiye uygulandığı bir çalışmada katılımcıların

%59'unda kumar semptomlarında önemli azalma tespit edildiği bildirilmiştir. Kumar sorunları ile başvuran bireylerde birlikte ortaya çıkan bozuklukların değerlendirilmesi, uygun tedavi yaklaşımlarını tespit etmekte yardımcı olabilir (Grant vd., 2007). Klinik çalışmalardan elde edilen veriler, naltrekson ve nalmefenin ailesinde alkolizm öyküsü olanlarda etkili olabileceğini gösterirken, N-asetil sistein özellikle birlikte nikotin bağımlılığı olanlarda etkili olabilir. Lityum gibi duygu durum dengeleyiciler, birlikte ortaya çıkan bipolar bozukluğu olan bireylerde etkili olabilir. Buna karşılık, essitalopram gibi seçici serotonin geri alım inhibitörleri, anksiyete semptomları olan bireylerde PKO semptomlarının tedavisinde kullanılabilir. Bu farklı tedavi önerileri, kumar sorunlarıyla başvuran bireylerde birlikte ortaya çıkan bozuklukların değerlendirilmesinin yanı sıra klinik (özellikle psikiyatrik) popülasyonlarda kumar sorunlarının taranmasının önemini vurgulamaktadır (Dowling vd., 2016).

Psikoterapi

Psikanalitik yaklaşımda, bireylerin tüm davranışlarının bir anlam taşıdığı ilkesine dayanmaktadır. Kumar oynayan bireylerin kumar oynama davranışlarının altında yatan bir psikolojik durumun olduğu ortaya konmaktadır. Bu minvalde psikanalitik terapide, kumar oynama bozukluğuna sahip bireylerin sıkıntılarının kaynağının ne olduğu ve bunların birey için ne anlam ifade ettiği araştırılmaktadır. Sigmund Freud dünya çapında tanınmış bir yazar ve aynı zamanda patolojik kumarbaz olan Dostoyevski'nin üzerinde yaptığı birtakım çalışmalar sonucu, bu problemin nedeninin Oedipal kompleksten kaynaklandığını ifade etmiştir. Yine yaptığı araştırmalar neticesinde kumar oynayan kişilerin narsistik kişilik özelliklerine sahip olduklarını iddiasını öne sürmüştür (Çakıcı, 2019). Psikodinamik kuramı savunan bir diğer kişi olan Rosenthal ise, Freud'dan farklı olarak kumar bağımlılığını sadece Oedipal değil aynı zamanda Preöedipal evre ile de ilgili olduğunu belirtmiştir (Rosenthal, 1986). Bilişsel Terapi kumar bağımlılığında sıklıkla başvuru alan yöntemlerden biri olduğunu düşünülmektedir. Amaç, danışanın kumar ve kumar bağımlılığı ile ilgili işlevsiz inançlarını değiştirmek, alternatif düşünceler yaratmasını sağlamak, bilişsel çarpıtmaları önlemek ve çeşitli başa çıkma stratejilerini geliştirmek şeklinde söylenebilir. Kullanılacak olan yöntem ve teknikler hastaya ve hastanın durumuna göre değişiklik gösterebilir. Bilişsel Terapide motivasyonel görüşmelerinde etkisi büyüktür fakat tek başına etkili olduğunu gösteren kanıtlar

mevcut değildir (Carlbring vd., 2010). Motivasyonel görüşmelerde, kumar bağımlısı bireyin bazı olumsuz davranış örüntülerini değiştirerek tedaviye başlama ile ilgili olumlu davranışlara dönüştürmeye çalışmak amaçlanmaktadır. Kişinin kumar ile ilgili olan sorununu çözmek için kendini motivasyonunu artıracak birtakım davranış ve etkinliklere yoğunlaşmak hedeflenmektedir (Çakıcı, 2019). Davranışçı yöntemlerde, çeşitli davranış yöntemleriyle bireyin kumara olan ilgi ve isteğini azaltmak amaçlanmaktadır. Davranışçı yaklaşımda klasik koşullanma yöntemi kullanılmaktadır. Tedavide sorunlu olan davranışlar birtakım ödül ve cezalandırmalar ile azaltılmaya çalışılmaktadır (Beck, 2019). Davranışçı yaklaşımda “imgesel duyarsızlaştırma” da kullanılan yöntemlerden biridir. İmgesel duyarsızlaştırmada, bireylerin rahatlatma teknikleri ile birlikte hayal kurma teknikleri kullanılarak kumar oynama isteğini köreltmek hedeflenmektedir (Çakıcı, 2019). Yine bu terapi yönteminde ilk zamanlar bağımlılara elektrik akımı verilerek olumsuz koşullanma ve tepki önleme sağlanmaya çalışılmaktaydı (Koller, 1972; Seagar, 1970). Koller bu yöntemi kullanarak 12 kumar bağımlısı bireyin 8’i kumar oynamayı bırakmış fakat uzun vadede 5 hasta tekrar kumar oynamaya başlamış ve program sonunda sadece 3 hastada başarı sağladığı görülmüştür (Dickerson & Weeks, 1979; Rankin, 1982). Kumar bağımlılığının tedavisinde tercih edilen bir başka yöntem ise son yıllarda başta travma sonrası stres bozukluğunun tedavilerinde sıkça kullanılmaya başlanılan Göz Hareketleri Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) terapi yöntemidir. Bu terapi yöntemini tercih eden uzmanlar, kumar bağımlılığının temelinde yatan bir travmanın olduğunu iddia ederler. Amaç, travmaların getirdiği olumsuz sonuçları onarmak ve kişinin benliğini güçlendirmek olduğu söylenebilir. Kumarı çağrıştıran tetikleyici durumlara karşı, bağımlıyı duyarsız hale getirmek bu terapinin bir diğer önemli parçasıdır. Son olarak ise bireye kumarsız geçirebileceği temiz bir sayfa açmasını sağlamanın önemli olacağı düşünülmektedir. Bilişsel yaklaşımı tercih edenler uzmanların, imajinal duyarsızlaşma teknikleri ile başarı sağladıkları görülmüştür (Kalyoncu vd., 2003).

Kendine Yardım Grupları

Kendine yardım grupları denilince “Adsız Alkolikler” grubu akla gelen ilk isimlerdendir. Adsız Alkolikler grubu olduğu gibi ilk kez 1957 yılında “Adsız Kumarbazlar” isminde bu grup kurulmuştur (Okumuş, 2009). Bu grupta bireyler diğer üyelerle birlikte kendilerine ve gruptaki diğer bireylere yardım etme amacı

taşır. Adsız kumarbazlar grubu, tamamen gönüllük esasına dayalı olup, profesyonel olmayan bir gruptur. Grubun profesyonel olmaması neticesinde zaman zaman yanlış teşhislerden dolayı bazı zümreler tarafından eleştirilmektedir. Adsız Kumarbazlar grubunda da 12 basamaklı bir tedavi yöntemi uygulanır. Bu kendine yardım grupları ile ilgili yapılan bir çalışmada, gruptaki üyelerin %10 ile %30'unun gruba gelmeyi devam ettiği, gruba devam eden üyelerden %8'inin kumar oynamayı bıraktığı ve %7'sinin de 2 yıldan daha uzun süre kumar oynamadığı görülmüştür (Stewart & Brown, 1988: 284-288). Sonuç olarak kumar bağımlılığının tedavisinde çok çeşitli tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Yapılan araştırmalar göstermektedir ki, bağımlılığın tek bir tedavi yöntemi ile başarı sağlama olasılığının düşük olduğu, birden çok tedavi programının bir arada yürütüldüğünde etkili sonuçlar alınabileceği öngörülmektedir.

Kumar Bağımlılığını Önleme Çalışmaları

Kumar bağımlılığını önleme çalışmaları, gerek bağımlı bireyin kendisine gerekse de ailelere kumarın yol açtığı olumsuz sonuçlar hakkında farkındalık kazandırmak birtakım nedenlerden dolayı zor olacağı düşünülmektedir. Kumarın toplum tarafından başta şans oyunları olmak üzere birçok kumar türünün “kumar” olarak nitelendirilmemesi, kumarın eğlence olarak ve sosyalleşme amaçlı oynandığı düşüncesi ve kumardan elde edilen vergilerin toplum yararına kullanıldığı gibi işlevsiz düşünceler önleme çalışmalarına engel teşkil edebilecek nedenler olarak gösterilebilir (Çakıcı, 2019). Tüm bu zorluklara rağmen topluma kumarın yol açtığı olumsuz sonuçlar hakkında farkındalık kazandırmak amacıyla çeşitli broşür, afiş, televizyon ve radyo programları, sosyal medya ve başta Yeşilay olmak üzere çeşitli sivil toplum kuruluşlarına birtakım görevler düşmektedir. Aynı şekilde risk altında olan ergenlerin de kumara yönelik olumlu tutumlarını engellemek amacıyla “okul temelli programlar” kullanılarak, okul psikolojik danışmanların, öğretmenlerin, idarecilerin ve ailelerin de birbirleriyle konsültasyon halinde olarak öğrencilere bir farkındalık kazandırmak amaçlanmalıdır.

Öz Kontrol

Öz kontrol konusunda en temel bilgileri ileri süren Sigmund Freud'dur. Freud'un haricinde Maslow ve Rogers da bireyin kendi dünyasına yönelik kontrol mekanizmasına sahip olduğunu vurgulamıştır (Blankstein ve Polivy, 1982). Alan

yazına bakıldığında öz kontrol kavramının bilişsel, davranışsal ve insancıl kuramların temel görüşleri doğrultusunda açıklanmaya çalışıldığı görülmektedir. Öz kontrolün alan yazındaki bazı bilim insanlarınınca öz denetim veya öz düzenleme olarak isimlendirildiği de görülmektedir. Tangney ve diğerlerine (2004) göre öz kontrol öz denetim olarak isimlendirilmekte ve bireyin istenmeyen eylemlerden kaçınıp, bunları değiştirebilme becerisi olarak tanımlanmaktadır. Baumeister, Dewart, Ciarrocco ve Twenge (2005) ise öz kontrolü, öz düzenleme olarak ele almışlar ve toplumdaki insanların, toplum tarafından kabul edilmeyen dürtü ve eylemlerini engellemesi şeklinde ifade etmişlerdir. Kağıtçıbaşı (2014) da öz kontrolü öz denetim olarak isimlendirmiş ve “insanın bireysel olarak kendi eylemlerini kontrol ederek, kendini yönlendirebilme gücüdür” şeklinde tanımlamıştır. Tanımlara genel olarak bakıldığında öz kontrolün, amaçlı ve bilinçli olarak dürtüleri kontrol etmek amacıyla; öz düzenlemenin ise otomatik olarak gerçekleştirilen ve fizyolojik düzenleme gerektiren süreçleri tanımlamada kullanıldığı görülmektedir (Baumeister ve Alquist, 2009; Vohs ve Baumeister, 2011). Dolayısıyla öz kontrol kavramının hem öz düzenleme hem de öz denetim ile tanımlanabildiği görülmektedir. Ancak mevcut araştırmada kavram karışıklığının oluşmaması için “öz kontrol” kavramının kullanılması tercih edilmiştir. Öz kontrol bireyin kendini, kendi davranışlarını kontrol etmesidir. Öz kontrol kişinin kendi tepkilerini değiştirerek, onları değerler, ahlak ve sosyal normlara uygun hale getirmesidir (Baumeister vd., 2007). Muraven ve Baumeister’a (2000) göre ise öz kontrol benliğin kendini kontrol etme çabasıdır. Bir diğer tanıma göre ise öz kontrol bireyin dürtülerini düzenleyebilmesidir. Bir başka tanıma göre ise bireyin karşılaştığı iki durumdan birini seçmesi gerektiğinde, bireyin acil ve ihtiyacı en fazla olanı tercih etmesi durumudur (Fujita, 2008). Tanımlara bakıldığında öz kontrolün duygu, düşünce, dürtü olmak üzere üç temel ortak özelliğinin olduğu görülmektedir. Bu üç özellikte birlikte davranışı başlatıp sonlandırma becerisi de ortak özellikler arasında yer almaktadır. Ayrıca kavramın bireyin kendi davranışlarına sınırlar koyabilmesini, kendi davranışlarının ve sonuçlarının sorumluluğunu alabilmesini ve dış faktörlere karşı kendi özerkliğini koruyabilmesini de içerdiği ifade edilebilir. Öz kontrol becerileri kendi içinde birbirleriyle bağlantılı üç bileşenden oluşur. Bir diğer ifadeyle öz kontrolün üç temel boyutu bulunmaktadır. Bunlar; öz değerlendirme, öz izleme ve öz düzenleme/öz güçlendirmedir. Öz değerlendirme, bir eylemin yeterliğine ilişkin yargıya varma sürecidir. Öz izleme, dış çevreden gelen uyaranlara sözel, sembolik, otomatik olarak

cevap üretebilmektir (Mezo, 2009). Bu aşamada birey öncelikle kendi duygu, düşünce ve davranışlarını takibe alır. Birey öz izleme sonucuna göre davranışı gerçekleştirip gerçekleştirilmeme yönünde karar verir. Öz güçlendirme/düzenleme ise eylem aşamasındaki bireyin, o eyleme yönelik pozitif yönlerinin ön planda tutularak, güçlü uyaranların ortaya çıkarılmasıdır (Mezo, 2009; Mezo ve Heiby, 2004). Öz kontrolün yüksek olması, bireyin hedeflerine ulaşmasında etkili olan becerilerden biridir. Düşük öz kontrol ise alkol ve madde kullanımı, şiddet, kendini düzenleme gibi problemler ile ilişkilendirilmiştir (Allahverdipour vd., 2006; Friese ve Holfman, 2009; Simons vd., 2015; Tangney, Baumeister ve Boone, 2004). Bu nedenle özellikle öz kontrol teorileri davranışsal ve dürtüsel problemleri açıklamada kullanılmaktadır (Ercoşkun, 2016; Özdemir vd., 2014; Simons vd., 2015). Öz kontrol büyük ödüllere ulaşmak için, küçük ödüllere ulaşımın ertelenmesidir. Bu açıdan öz kontrol bireyin daha değerli bir amaca ulaşma olasılığını arttırabilmesidir (Fujita, 2011; Galliot ve Baumeister, 2007; Myers, 2010, 2014; Neck ve Houghton, 2006). Ayrıca öz kontrollü olabilme özelliği, bireyin davranışlarına, dış çevrenin müdahale etmesine engel olmayı da gerektirir (Blankstein ve Polivy, 1982). Öz kontrol, bireylerin yaşamlarında başarılı ve mutlu olmaları için temel bir beceri olarak kabul edilmektedir. Bireylerin isteklerini, davranışlarını, performanslarını ve tepkilerini kontrol edebilmeleri ve düzenlemeleri de onların başarılarına katkıda bulunabilmektedir (Muammar, 2015). Benzer şekilde öz kontrol, benliğin merkezi bir işlevi olarak görülmekte ve başarının önemli bir anahtarı olarak kabul edilmektedir (Baumeister vd., 2007). Bu nedenle, öz kontrol ve başarı boyutunda iyi oluş ilişkisinin ele alınmasının önem taşıdığını söylemek mümkündür. Öz kontrol düzeyi düşük olan bireylerin, tutum ve davranış açısından bazı ortak özelliklere sahip oldukları düşünülmektedir. Öncelikle, öz kontrol düzeyi düşük olan bireyler istedikleri şeyleri tatminlerini geciktirmekten ziyade o anda gerçekleştirmek isterler. Kolay ve basit olan görevleri tercih eder, çalışma ve sabır gerektiren görevlerden hoşlanmazlar. Ayrıca, dikkatli ve akılcı olmayı gerektiren davranışlardan çok riskli ve heyecan verici olan davranışları tercih ederler. Sosyal kurumlar gibi yerlere yapılan yatırımların uzun vadeli faydalarını görme konusunda yetersiz kalırlar. Öz kontrol düzeyi düşük olan bireyler, çoğu davranışı çaba isteyen ve zor olarak görürler. Öz kontrol düzeyi yüksek olan bireyler ise, çoğu davranışı dikkat çekici ve ulaşmaya değer olarak görürler. Diğer bir deyişle, öz kontrolün bireylerin yaşamlarına olumlu katkı sağlayabileceği, başarıyı da beraberinde getirebileceği

söylenmektedir.

Öz kontrol düzeyi düşük olan bireyin davranışlarına dış çevrenin müdahale etme olasılığı daha yüksektir. Bununla birlikte öz kontrol becerisi zayıf olan bireyin davranışlarının sonucunu dikkate almama eğilimi daha yüksek düzeydedir (Özdemir vd., 2014; Özer, 2009). Öz kontrollü davranış bireyin kendini düzenleyebilme sorumluluğunu içermektedir. Birey, kendini düzenleme ve kontrol etme isteği içinde çeşitli davranışlar sergileyebilmektedir (Blankstein ve Bolivy, 1982, s. 4; Muraven vd., 2003). Öz kontrol düzeyinin belirlenmeye çalışıldığı önemli bir araştırma marshmallow deneyidir. Marshmallow deneyinde öğrencilere birer marshmallow verilmiş ve öğrencilere, "eğer bu yiyeceği yemeden 15 dakika daha beklerler ise ikinci bir marshmallow verileceği" söylenmiştir. Bu çocuklardan çok az bir kısmı 15 dakika bekleyebilmiştir. Araştırmadan sonra aileyle yapılan görüşmelerde, 15 dakika bekleyen çocukların, kendi kendilerini kontrol edebilme becerisi yüksek olan çocukların olduğu ve bu çocukların akademik ve sosyal yönden de daha başarılı oldukları sonucu ortaya çıkmıştır (Shoda vd., 1990). Öz kontrol bireyin davranışlarının sorumluluğunu bireye vermesi açısından; temel psikolojik ihtiyaçlar doyumu ise bireyin ihtiyacının bireyden bireye farklılık gösterip, insan davranışını bu yönde etkilemesi açısından bu iki değişken birbiriyle ilişkilidir (Shoda vd., 1990). Öz kontrolün bireyden bireye farklılık göstermesindeki bir diğer etken ise öz kontrolün bir kas gibi olmasıdır. Birey nasıl kaslarını egzersizler ile rahatlatıp güçlendiriyorsa, öz kontrol düzeyini de benzer şekilde güçlendirebilir (Baumeister ve Exline, 2000). Öz kontrol tanımlarına bakıldığında öz kontrolün şu özelliklerinin ön plana çıktığı görülmektedir:

- Öz denetim-öz düzenleme becerisine sahip olma
- Davranışı değiştirerek kabul edilebilir düzeye çekme
- Hedef yönelimli davranma
- Elde edilecek ödüller için gerektiğinde istek ve arzuları erteleme
- Davranışlara dış çevrenin müdahale etmesine fırsat vermeme
- Kendini düzenleyebilme

Sonuç olarak öz kontrol bireyin olumsuz gördüğü durumları istenen bir durumla değiştirebilmesini gerekli kılar. Öz kontrol bireyin dürtülerini kontrol altında tutarak, uyumlu tepkiler verebilmesini sağlar. Ayrıca bireyin duygusal açıdan istikrarlı bir tutum sergilemesine yardımcı olur. Öz kontrol bununla birlikte bireyin öfke, kaygı,

koru duygularında daha denetimli davranmasında etkili olmaktadır. Dolayısıyla öz kontrol bireyin yaşamında çeşitli katkıları ve çeşitli işlevleri bulunmaktadır.

Rosenbaum (1993) bu işlevleri üç grupta toplamıştır. Bunlar; onarıcı, yenileyici ve yaşantısal işlevlerdir. Onarıcı öz kontrol ile birey amaçlı eylem doğrultusunda davranışlarını ve duygularını düzenleyip yönlendirme işlevini yerine getirir.

Yenileyici öz kontrol işlevi ise bireyin dengesini bozarak, bireyin amaçlı eylemden uzaklaşmasına neden olan davranışlarla mücadele etmesini sağlar. Son olarak yaşantısal öz kontrol işlevi; bireyi içinde bulunduğu olumsuz bilişsel süreçlerle baş etmesini sağlayarak bireyin kendini istedik davranışlara yönelmesini sağlar.

Öz Kontrol Teorileri

Öz kontrol en temel anlamda bireyin davranışlarında öz denetimli olabilmesidir. Alanyazında öz kontrol kavramını açıklamaya yönelik farklı yaklaşımların olduğu dikkati çekmektedir. Bu farklı yaklaşımların sonucunda farklı öz kontrol teorilerinin ortaya çıktığı görülmektedir. Bu nedenle bu bölümde alan yazındaki öz kontrol teorilerine değinilmektedir.

Geçici İndirim Teorisi

Geçici indirim teorisine göre birey; elde ettiği ödüllere hemen sahip olamayabilir, bu ödüllere büyük olasılıkla sahip olabilmek için belli bir sürenin geçmesi gerekmektedir. Bu beklenen zaman birey tarafından bir problem olarak görülmektedir. Bu model bireyin en yakın tarihte zahmetsizce elde ettiği ödülün, bireyin öz kontrol becerisinde başarısızlığına neden olan bir faktör olarak görmektedir. Çünkü bireyin yakın tarihte kazandığı ödül, onun uzak tarihteki daha büyük bir ödülü kazanmasını engellemektedir (Green vd., 1994). Örneğin, kişi zayıflamak için çikolata yemekten kaçındığında bunun yararını kilo verdiğinde görmektedir, yani ödülü zayıfladığında almaktadır. Bu gibi durumlarda birey kendi kontrol mekanizmasını çalıştırmaktadır (Fujita, 2008). Geçici indirim modeline göre birey ihtiyaç olarak gördüğü küçük bir ödülü, acil ihtiyaç olarak görmediği ancak ilerleyen zamanda elde ettiği daha büyük bir ödüle tercih edebilir (Frederick vd., 2002).

Otomatik Çaba/süreç Teorisi

Otomatik süreç teorisi davranışların kontrolünün otomatik bir şekilde sağlandığını savunur. Bu otomatik süreçler bilinç dışında olup, genellikle çaba veya niyet dışında gerçekleşir. Dikkat çeken ödülleri otomatik olarak düşünce ve eylemleri yönlendirir. Örneğin bir çikolata, diyet yapan birinin diyetine rağmen otomatik olarak, o kişi tarafından yenilmek istenir (Baumester ve Heatherton, 1996; Papies vd.,2007). Ancak birey böyle bir durum ile karşılaştığında çaba göstererek dikkatini başka bir yöne kaydırması gerektiğinin bilincindedir. Bu durum bazen bireyin o yemek istenilen şeye karşı koyma çabasının yüksek düzeyde olmasını gerekli kılar, bazen de bu süreç bireyin yeme isteğine karşı koyamaması ile sonuçlanır (Vohs vd., 2014). Otomatik çaba kontrolü aşırı yemek yeme (Friese ve Hofmann 2009), alkol ve madde kullanımı (Tangney vd., 2004), internet bağımlılığı (Park, Kang ve Kim, 2014) gibi çeşitli problemlere yol açabilir. Dolayısıyla bu modelde bireyin davranış kontrolünü sağlayabilmesi ve otomatik düşüncelerin azaltılması için arzu edilen o duruma karşı daha fazla direnç gösterilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Fujita, 2008). Sonuç olarak öz kontrol düzeyi yüksek olanların, güçlü bir şekilde direnç gösterdiği ve dolayısıyla bu süreçte daha kolay başarıya ulaştıkları söylenebilir.

Duygu Bilişe Karşı

Bu modele göre bireyler seçim yapmak zorunda olduklarında, seçimlerini duygusal (sıcak) ve duygusal olmayan (soğuk) olarak adlandırmaktadır. Sıcak olarak yorumlanan seçimler birey tarafından tercih edilirken, soğuk olarak yorumlanan seçimler ise birey tarafından tercih edilmemekte ve bunlar bireyde kaçınma davranışını ortaya çıkarmaktadır (Matcalfe ve Mischel, 1999). Örneğin Mischel ve Baker'in (1975) çalışması buna örnek olarak gösterilebilir. Çalışmada çocuklardan çikolatayı acımsı siyah, kömür gibi bir durumla hayal etmeleri istendiğinde çocukların çikolata yemeyi geciktirdikleri görülmüştür. Loewenstein, (1996) bireyin öz kontrolde duygularının etkisini hafife aldığını belirtmiştir. Ancak duyguların davranışlar ve dolayısıyla bilişler üzerindeki etkisi azımsanmayacak kadar yüksektir. Loewenstein'in bu düşüncesi Mischel ve Baker'in çalışmasıyla da desteklenmektedir.

Öz Kontrol Yapısal Yaklaşım Modeli

Bu modelde bireylerin kararlarında olay ya da durumları nasıl algıladıklarının ve nasıl yorumladıklarının üzerinde öznel algıların etkili olduğu ileri sürülmektedir (Fujita vd., 2006; Kara ve Ceyhan, 2017; Liberman vd., 2007). İki farklı kişi aynı olayı gözlemlese ve sonrasında bu olayları değerlendirirse ortaya iki farklı bakış açısı çıkar. Çünkü her birey kendi yorumuna ve kendi öznel değerlendirmesine göre olayı ele alır. Bireyin bu öznel değerlendirmesi de bireyin olaya ilişkin davranışının biricik olmasını sağlar (Liberman vd., 2007). Ayrıca bu öznel yorumlama, olayı bireyin kendi değerlerine göre algılamasına yön verir. Bu durum ise insanları kendini kontrol hususunda daha fazla geliştirme ihtiyacı içinde olmasını sağlar (Fujita, 2008).

Öz Kontrol Güç Modeli

Öz denetim güç modelinin bazı kaynaklarda “ego tükenmesi” metaforu kullanılarak açıklandığı görülmektedir (Forgas vd., 2009). Öz denetimde güç modeli bireyin birinci eyleminden sonraki eylemde daha kontrollü davranacağını savunur (Baumeister, 2002). İkinci eylemde kontrollü davranmasının nedeni ise bireyin ilk eylemden sonra öz denetimine yönelik zihinsel süreçlerin devreye girmesidir (Baumeister vd., 2007). Bu model; bireyin öz denetimli olmasını duygu, düşünce ve davranışlarının denetimini sağlamasını bireyin deneyimine dayandırmaktadır. Çünkü bireyin bilişsel açıdan o eyleme ilişkin bir ön ilgisi bulunmaktadır. Böylece birey ilk eylemden sonraki süreçte yer alan deneyimleri sayesinde daha bilinçli bir şekilde sürece adapte olmaktadır (Forgas vd., 2009). Bununla birlikte Muraven, Tice ve Baumeister (1998) bu süreçte bireyin ikinci eylemde daha çok çaba göstermesi gerektiğini, bu nedenle öz kontrol düzeyinde bir azalmanın da görülebildiğini belirtmektedir. Öz kontrol düzeyindeki bu azalma bireyin motivasyonunu azaltır ve bireyi amaçlı eyleminden alıkoyar. Bu durum ego tükenmesi olarak ifade edilir. Ancak birey öz denetimli hareket etme konusunda ısrarlı davrandığında, öz denetim düzeyini yükseltebilmektedir. Böylece birey öz denetim açısından güçlenmektedir. Bu konuda Muraven ve diğerleri (1999) yaptıkları deneysel bir çalışmada üniversite öğrencilerinin üç hafta boyunca üç öz denetim içeren davranışta bulunması istenmiştir. Çalışma sonucunda deney grubunda yer alan öğrencilerin öz denetim düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı bir gelişme sağladığı belirlenmiştir. Tıpkı fiziksel egzersizlerle kas gücünün artırılmasının sağlanması gibi, deneyim sayısının artırılması yoluyla öz denetimi güçlendirmeye yönelik çalışmaların yapılmasının

bireyin öz denetiminin güçlenmesini sağladığını savunmaktadır (Baumeister vd., 2006). Öz denetimli davranmaya yönelik deneyimleri bireyin öz denetim gücünü kısa vadede zayıflatırken, uzun vadede artırmaktadır (Muraven ve Baumeister, 2000). Alanyazında öz kontrol teorilerinin geçici indirim teorisi, otomatik süreç/çaba teorisi, duygu bilişe karşı, öz denetim modellemesi ve öz denetim güç modeli olarak sınıflandırıldığı görülmektedir. Her bir modelin öz kontrole farklı açılardan yaklaştığı görülmektedir. Ele alınan modellerden öz kontrolün bireyin davranışları üzerindeki etkisinin vurgulandığı gözlenmektedir. Ayrıca modellerde vurgulanan bir diğer önemli konu ise öz kontrolün güçlendirilebilme özelliğinin olmasıdır. Bu özellik; bireyin bağımlılık içeren davranışlar karşısında gerekli önlem ve tedbirlerin alınmasına yönelik planlamaların yapılmasında güçlü bir veri olma niteliği taşımaktadır. Ayrıca öz kontrol bireyin kendi davranışlarını yönlendirebilmesi ve düzenleyebilmesi açısından önemlidir (Duckworth ve Seligman, 2005; Gailliot ve Baumeister, 2007). Bununla birlikte öz kontrolün bireyin duygu, düşünce ve eylemlerine yönelik olarak yaklaşma veya kaçınma tepkisinden hangisinde bulunacağına karar vermesinde etkili olduğu vurgulanmaktadır (Baumeister vd., 2006; Kuzucu vd., 2015). Örneğin, oyun oynarken, oyunun ve oyundaki kontrolün kaybedilmesi, bireyin kaçınma davranışı içine girmesine neden olabilmektedir. Bu anlamda öz kontrol; öz düzenlemenin, öz bilinçliliğin, dürtüselliğin ve iradenin bir çatı kavramı olarak ele alınmaktadır (Moffitt vd., 2011). Dolayısıyla dürtü ve isteklerini kontrol edebilen kişilerin, dürtü ve isteklerini kontrol edemeyen kişilere göre davranışlarını ve sorumluluklarını daha yüksek düzeyde yerine getirdiği görülmektedir (Moffitt vd, 2011; Muammar, 2015). Sonuç olarak, öz kontrolün bireyin ihtiyaç/gereksinimlerinden etkilendiği ve bu ihtiyaç/gereksinimler doğrultusunda bireyin davranışlarının yönlendirildiği söylenebilir. Ayrıca yapılan araştırmalar öz kontrol düzeyinin, bireyin saldırganlık eğilimleri, öfke kontrolü, psikolojik durumu, akademik başarısı, kişiler arası ilişkileri ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Tangney vd., 2004; Dewart vd., 2007; Kara ve Ceyhan, 2017; Keatley vd., 2017). Öz kontrolün bireyin alkol ve uyuşturucu kullanımı gibi olumsuz ve madde bağımlılığına yol açan davranışları üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (Pearson, 2013; Wills vd., 2006; Vazsonyi vd., 2016). Alan yazında davranışsal bağımlılıklarla ilgili yapılan çalışmalara da rastlanmaktadır. Örneğin yapılan bir çalışmada öz denetim ve aşırı internet meşguliyeti negatif yönde ilişkilendirilmiştir (Park vd., 2014). Ayrıca öz kontrol bireyin başa çıkma stillerini etkilemektedir (Tice

ve Bratslavsky, 2000; Williams vd., 2012). Konuyla ilgili yapılan bir araştırmada çocukların öz kontrol düzeylerinin yükselmesinin çocukların sağlık düzeylerinin artmasını sağladığı, çocuklarda madde kullanma ve bağımlılık riskini ise azalttığı sonucu elde edilmiştir (Moffitt vd., 2011). Bunun yanı sıra öz kontrolün bireyin hayatındaki sorunları azaltarak, bireyin yaşamını kolaylaştırdığı ve yaşam kalitesini arttırdığı belirtilmektedir (Tangney vd., 2004). Yapılan diğer çalışmalarda da öğrencilerin öz kontrol düzeylerinin yüksek olması ile akademik başarılarının yüksek olması arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Feldmann ve Martinez-Pons, 1995, Muammar, 2015). Denson ve diğerlerinin (2011) yaptığı araştırmada ise öz kontrol eğitiminin bireylerin saldırganlık eğilimlerini önemli ölçüde azalttığı görülmüştür. Yapılan bir diğer çalışmada ise öz kontrolü düşük olan bireylerin istediğini hemen eyleme dönüştürme gibi anlık davranışlar sergiledikleri saptanmıştır (Muraven ve Slessareva, 2003). Araştırmalarda görüldüğü gibi öz kontrol, bireyin yaşamında davranışlarını ve kendini düzenlemesinde etkili olan bir beceridir. Öz kontrol becerisine sahip olan bir birey, davranışlarının sonucunu değerlendirerek, o davranışların tekrarlanıp tekrarlanmayacağına karar verir. Öz kontrol düzeyi yüksek olan bireyin kendi düşünce, duygu ve davranışlarını denetim altına alarak, onları istenilen yönde şekillendirebilme becerisi de yüksektir. Bu açıklamalar doğrultusunda bireyin psikolojik ihtiyaçlarının davranışlarını yönlendirmede etkili olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bireyin ihtiyaçlarının öz kontrol becerileri üzerinde etkili olduğu ifade edilebilir.

Aile Kavramı

Aile başta psikoloji, sosyoloji, antropoloji, ekoloji ve biyoloji olmak üzere pek çok bilim alanının inceleme yaptığı bir kavramdır. Aile, tarihsel açıdan tüm topluluklarda var olmuş ve toplumun en küçük birimi olarak kabul edilmiştir. Toplumsal bir yapı olarak ifade edilişi aile yapısının tarihsel süreci ile ilgilidir. İnsanın sosyal bir varlık olması onun toplum ile ilişkisini etkilemiştir. Aile, bireysel ve sosyal etkileşim sonucunda toplumu şekillendirmiştir. Aynı zamanda toplumdan etkilenmiş ve geçmişten günümüze ailenin yapısı, işlevi ve türü bakımından farklı değişimler yaşanmıştır. Evrensel bir olgu olan aile kavramı ile ilgili çok geniş bir bilgi içeriği alanyazında mevcuttur. Bununla birlikte aile, sosyalleşmenin ilk öğrenildiği yer olduğu için araştırmacılar tarafından sıklıkla incelenmektedir (Christie-Mizell, 2003). Küreselleşen dünya ve bununla beraber hızlı değişimler

sonucunda kültürden kültüre değişiklik gösteren aile kavramı disiplinler arası incelemelerde farklı şekillerde tanımlanmıştır. Kağıtçıbaşı (2010) kültürel psikolojinin temel kavramlarından biri olan aileyi toplumun sosyal yapısı, değerleri ve normlarına bağlı ayrılmaz bir parça olarak nitelendirmiştir. Gladding (2015) ise yine kültürel çeşitliliği dikkate alarak aileyi farklı birlikteliklerden meydana gelen biyolojik veya psikolojik bağı olup geçmiş yaşıntılar, duygu ve ekonomik dayanışma içinde birbirlerini bir aile üyesi olarak gören kimselerin oluşturduğu birlik şeklinde tanımlamıştır. Günümüzde ise kültürel çeşitliliğin etkisi ile pek çok farklı aile yaşam tarzı ve çeşidi ortaya çıkmıştır. Aile kavramını kullanırken bu yaşam koşullarına ve tarzlarına saygı duyulması önemli görülmektedir (Gladding, 2015). Kültürel olarak çocuğun varlığı aile ile eşdeğer olarak görülebilmesine rağmen aile aslında kendine özgü çok boyutlu bir yapıdan oluşmaktadır. Çocuğun doğumdan yetişkinliğe kadar yaşamını etkileyen en temel gücün aile olduğu kabul edilmektedir (Melguizo-Ibáñez vd., 2020). Aile, makrosistemin faktörlerinden etkilenerek toplumsal değerler, inançlar, gelenek ve normlar aracılığıyla çocuğun gelişimi üzerinde rol oynamaktadır. Çocukluk döneminde ebeveynliğin önemi kültürel ve kültürler arası sayısız çalışmada incelenmiştir (Kağıtçıbaşı, 2010). Aile içi ilişkiler diğer sosyal ilişkilere göre daha yoğun ve uzun zaman içinde kurulmaktadır. Dolayısıyla yaşanan ilişkilerin getirdiği deneyimler aile üyelerini karşılıklı şekilde olumlu ve olumsuz olarak etkilemektedir. Aile kavramı ve ilgili değişkenler ile yapılan çalışmalar sonucunda aileye bütünsel bir bakış açısı getiren aile sistem yaklaşımı gelişmiştir. Bu yaklaşım aile terapisi alanındaki uygulamaları derinden etkilemiştir. Ailenin sistem olarak kavramsallaştırılması hem ailenin üyelerini hem de toplum ile ilişkisini açıklamaktadır.

Aile Sistemi ve Kavramları

Aile terapisi uygulama alanı, psikanalizin birey odaklı bakış açısına karşı çıkarak bireylerin ruh sağlığını ilişkiler bağlamında değerlendirilmek amacıyla geliştirilmiştir (Flaskas, 2005). Ek olarak şizofreni hastalığında ailenin rolünün incelenmesi, evlilik ve çift danışmanlığındaki değişimler, çocuk rehberliği alanındaki ilerlemeler ve grup terapisindeki gelişmeler sonucunda aile terapisi önemli bir alan haline gelmiştir (Bozdağ, 2018). Aile terapisinde uygulanan sistem yaklaşımına göre bir aile üyesinin duygu, düşünce ve davranışlarının anlaşılabilmesi aile ilişkilerinin bütünlük içinde değerlendirilmesine bağlıdır. Aile üyeleri arasındaki karşılıklı

etkileşimlerin ortaya çıkarılması sistemik yaklaşım açısından önem taşımaktadır (Corey, 2015). Aile, etkileşim ve iletişim yoluyla birbirine bağlı olan geniş bir ağa benzetilmektedir. Aile üyelerinin sürekli olarak birbiri ile etkileşim içinde olduğu örgütlü bir sistem olarak görülmektedir. Aile sistemi, içinde ebeveyn, çocuk ve kardeşler gibi birçok alt sistemi barındırmakta ve bu alt sistemlerin etkileşimi aracılığıyla ailenin genel sistemini etkilemektedir. Ailenin herhangi bir bileşen içindeki değişikliği, ilişki içinde olduğu diğer sistemleri etkilemektedir. Bu sebeple sistem bileşenlerine ayrılarak anlaşılabilir değildir (Coşkun vd., 2021). Aile sistemi yaklaşımı aile üyesinin sorunlarını bireysel olarak değerlendirmenin yetersizliğini bu çerçevede ortaya koymaktadır (Karataş ve Yavuzer, 2018). Bu yaklaşım sayesinde aile terapistleri psikolojik sorunların odağını bireysel olmaktan çıkarıp sistem bağlamında ilişkiler yoluyla incelemektedir (Murdock, 2016). Aile içi ilişkilerin anlaşılması ve daha geniş bir perspektifle değişimin sağlanması temel amaç olarak görülmektedir (Corey, 2015). Ailenin işleyiş biçimi üzerine geliştirilen sistemik yaklaşıma ilişkin bazı temel kavramlar bulunmaktadır (Nichols, 2013). Bütünlük, döngüsel nedensellik, üçgen, sınırlar, hiyerarşi, denge ve yaşam döngüsü kavramları ailenin işlevselliğini engelleyen ve sorunlara eşlik eden ilişki biçimlerini ve döngüleri ele almaktadır (Worden, 2013). Aile sistem modeline göre bütünlük, aile üyeleri arasındaki ilişkileri kapsayan bir kavram olarak kullanılır. Genel sistemler kuramına göre bütünün parçalarının toplamından daha fazla olduğu varsayımı bütünlük kavramı ile açıklanmaktadır. Aile terapistleri bu varsayımdan hareketle bireysel davranışları genel bağlam içinde anlamaya çalışırlar. Bu bakış açısı klinik sorunları kavramsallaştırmaya ve danışanlara yardım etmeye imkan sağlamaktadır (Worden, 2013). Aile sistem yaklaşımında döngüsel nedensellik ilişkileri açıklamak için sıklıkla kullanılan başka bir kavramdır. Bu yaklaşımda aile üyelerinin davranışlarında neden ve sonuçların karşılıklı etkileşimlerine odaklanılmaktadır. Medikal ve davranışçı ekollerde sorunların kaynağı geçmiş yaşantılar olarak görülürken sistem yaklaşımında doğrusal nedenselliğin aksine her bir aile üyesinin birbirini etkilediği düşünülmektedir (Karataş ve Yavuzer, 2018). Bu doğrultuda danışanın fonksiyonları yerine aile fonksiyonlarıyla ilgilenilmektedir (Satir, 2018). “Bowen Aile Sistemi Kuramı” insan etkileşiminin en temel ögesi olarak “üçgen” kavramı üzerinde durmaktadır. Buna göre, ailede yaşanan stresli durum, olay ve ilişki sorunlarında üçgenleşme oluşturur (Murdock, 2014). Üçgen, stres altındaki iki bireyin sistemlerinin devamını sağlamak amacıyla kullandıkları ortak bir yol olarak

açıklanmaktadır. Üçgenleşme insan ilişkilerinde oldukça fazla görülmektedir. Etkili problem çözmeden uzak kalınan durumlarda ise daha çok ortaya çıkmaktadır. Aile içerisinde anne-baba-çocuk üçgenleşmesi sıklıkla yaşanmaktadır. İşlevsel olmayan bu üçgenleşmeler aile üyelerinden birinin günah keçisi seçilmesine neden olmaktadır. Olumsuz aile ilişkilerinin sorumluluğu bu üyeye yüklenmektedir (Worden, 2013). Aile, belirli alt sistemler tarafından yapılanmakta ve diğer sistemlerle arasında belirli sınırlar bulunmaktadır (Nichols, 2013). Sınırlar, alt sistemlerde yer alan üyelerin bireysel anlamda özerkliğini belirlemek ve alt sistemlerin birbirinden ayrılmasını sağlamaktadır. Bu doğrultuda sınırların yeterince iyi şekilde tanımlanması ve aile üyeleri arasındaki teması engellemeyecek kadar açık olması önemlidir. Aile yapısı kavramı aile üyeleri arasındaki iletişimi düzenleyen kurallar ile ilgilidir (Murdock, 2014). Yapısal aile danışmanlığının öncülerinden Minuchin (1985) aile üyeleri arasındaki etkileşimi gözlemleyerek ailedeki güç dağılımını ve aile hiyerarşisine ilişkin bilgilere ulaşılabileceğini belirtmektedir. Aynı zamanda hiyerarşiler aile sistem yaklaşımlarından stratejik yaklaşım için önemli bir kavramdır. Bu yaklaşıma göre her organizasyonda hiyerarşi bulunmakta ve bu durumun aile içinde geçerli olduğu bilinmektedir (Madanes, 1991). Aile içi hiyerarşiyi bilmek aile içi ilişkileri açıklamada önem taşımaktadır. Bütün sistemler denge arayışındadır. Ailede diğer sistemler gibi zorunlu durumlar dışında kendi iç dengesini koruma eğilimindedir (Gladding, 2015). Aile sistemi içsel ve dışsal baskılar karşısında dengeyi arayarak değişmektedir. Aile sisteminde değişikliğin yaşanması, yeni sisteme uyum sağlayabilmenin odak noktasını oluşturmaktadır (Worden, 2013). Ailenin sistemi özellikle kriz anlarında ve önemli yaşam olaylarında denge arayışına girmektedir. Yaşam döngüsü kavramı ailenin belirli zaman içerisinde yaşadığı değişimleri belirtmek için kullanılmaktadır. Bekâr genç yetişkinin evden ayrılması, yeni kurulan evlilik, küçük çocuklu olma ergen çocuklu olma, çocukların ebeveyninden ayrılması ve yeni ailenin kurulması gibi belirli aşamaların sağlıklı bir şekilde yaşaması ve uyum sağlaması önemlidir. Aile dinamikleri yaşa bağlı olarak değişmektedir (Kagıtçıbaşı, 2010). Aile üyeleri arasında ortaya çıkan stres durumları ise yaşam döngüsündeki geçişlerle ilgili olabilmektedir (Worden, 2013). Ailenin içinde bulunduğu yaşam döngüsünün özellikleri ile birlikte pratik, duygusal ve ilişkisel zorlukların bilinmesiyle olası krizler önlenmektedir (Gladding, 2015).

Aile İşlevselliği ve Modelleri

Aile terapistleri kullandığı kuramsal modele göre aile sistemini değerlendirmektedir. Ailenin genel ve alt sistemleri tanımlanırken kuramsal modelden faydalanmaktadır. Kullanılan kuramsal modele göre değerlendirilen konular farklılaşmaktadır (Worden, 2013). Kuramsal model ve değerlendirme araçlarına göre bazı farklılar olsa da her ailenin genel olarak gerçekleştirmesi beklenen temel bazı işlevleri bulunmaktadır. Bu işlevler fiziksel, sosyal, duygusal ve ekonomik olarak ortaya çıkmaktadır. Aile işlevleri birbiri ile ilişkilidir. İşlevlerde görülen aksaklıklar birbirini etkilemektedir (Bulut, 1993). İşlevlerini yerine getiren aileler sağlıklı olarak nitelendirilirken işlevlerinde sorunlar gerçekleşen aileler sağlıksız olarak görülmektedir. Ailenin sağlıklı ve sağlıksız özelliklerine ve işlevlerine ilişkin aile sistem kuramcıları ve araştırmacılarının farklı görüşleri sağlıklı (işlevsel) ve sağlıksız (işlevsiz) başlığında altında ele alınmıştır. Bu doğrultuda ailenin işlevselliğine ilişkin geliştirilen modeller açıklanmıştır. Ailenin ve sistemin işlevselliğini değerlendirmek ve tanımlamak için bazı modeller geliştirilmiştir. Beavers Aile Modeli, Çoklu (Circumplex) Aile Sistem Modeli ve McMaster Aile İşlev Modeli sistemik yaklaşıma dayanan yaygın aile modellerindendir. Çoklu aile sistem modeli, birliktelik, esneklik ve iletişim boyutlarından oluşan aile dinamiklerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Beavers Aile Modeli ise aile yeterliliği ve aile stili olmak üzere iki temel boyutta ailenin yapısal değişiklikler yapabilme yeteneğini değerlendirmektedir (Worden, 2013). McMaster Aile İşlevselliği Modeli (Epstein vd., 1978) ise günümüzde sıklıkla hem alan uygulamalarında hem de aile terapisi alanında uygulanmaktadır. Araştırma kapsamında kullanılan ölçme araçlarından “Çocuklar için Aile İlişkileri Ölçeği” kuramsal olarak McMaster Aile İşlevselliği Modeline dayanmaktadır (Korkut-Owen, 2013). Bu bağlamda McMaster aile yaklaşımı ve boyutlarının ayrıntılı olarak açıklanması önemli görülmüştür. McMaster aile yaklaşımı, çok boyutlu olarak aile işlevselliğini açıklamaktadır. Yapılandırılmış model ölçme aracıyla ailenin işlevselliğini belirlemekte ve aile terapisi alanında tedavi amaçlı olarak kullanılmaktadır. Bu yaklaşım aile sistemini tanımlayarak içerisindeki yapıları ortaya çıkaran ve değişim için gerekli temel özellikleri barındıran kapsamlı bir modeldir (Miller vd., 2000). Epstein ve diğerleri (1978) tarafından ortaya konulan McMaster Aile İşlevselliği Modeli, ailenin yapısını, organizasyonu ve etkileşimini açıklamak amacıyla oluşturulmuştur. Bu modelde aile bir sistem olarak ele alınmaktadır.

Sistemik yaklaşıma dayanan diğer modellerde olduğu gibi bu modelin de bazı varsayımları bulunmaktadır. Bu varsayımların başında ailenin tüm parçalarının birbiri ile ilişkili olduğu gelmektedir. Bu nedenle ailenin bir parçasının aile sistemin geri kalanından bağımsız şekilde anlaşılamayacağı belirtilmektedir. Öte yandan, aile işlevselliğinin bireysel olarak ya da ailenin alt sistemleri ile anlaşılamayacağı varsayılmaktadır. Dolayısıyla ailenin yapısı ve işleyişi, aile üyelerinin davranışlarını belirlemede önemli bir etkidir. (Miller vd., 2000). Karmaşık bir sistem olarak görülen aile, pek çok boyutun birlikte incelenmesini gerektirmektedir. McMaster Aile İşlevselliği Modeli'nde iletişim, problem çözme becerisi, duygusal tepki göstermebilme, roller, davranışın kontrolü, duygusal bağlılık ve olmak üzere altı boyut yer almaktadır (Epstein vd., 1978; Miller vd., 2000). Problem çözme boyutu, ailenin problemler karşısında etkin bir şekilde çözüm üretme becerisi ile ilgilidir. Genel olarak günlük ev işleri, aile ekonomisini yönetme, yaşanılacak yer gibi problemlerin yanı sıra olduğu gibi ilişkisel ve duygusal sorunlardan meydana gelmektedir. Aile yaşantısında sorun ve düşünce farklılıklarının görülmesi normaldir. Bu problemlerden bazıları rahatlıkla çözülebilirken bazıları ise ailenin varlığını olumsuz olarak etkilemektedir (Worden, 2013). McMaster Aile İşlevselliği Modeli'nde ailelerin çözüm bulmakta zorlandığı, ailenin bütünlüğünü ve işlevselliğini etkileyen sorunlar ailenin ele alması gereken problemler olarak görülmektedir. Aile ile ele alınan problemler tanımlanır ve aile içinde ya da dışında uygun kaynaklara iletilerek problemin çözümüne ilişkin alternatif eylem planları geliştirilir. Problemin çözümüne ilişkin kararlar alındıktan sonra uygulanan eylemler izlenir ve sonuçlar değerlendirilir. İşlevsel aileler bu problemler karşısında hızlı ve etkin bir şekilde çözümler üretmektedirler. İşlevsel olmayan ailelerde ise henüz ilk aşama olan problemin tanımlanmasında sorunlar yaşamaktadır (Epstein vd., 1978; Miller vd., 2000). İletişim boyutu, aile üyelerinin bilgi paylaşma biçimini kapsamaktadır. Model aile içi iletişimi objektif bir şekilde değerlendirmek ve ailede değişimi sağlamak amacıyla oluşturulmuştur. Metodolojik olarak sözel iletişimin sözsüz iletişime göre daha objektif bir şekilde değerlendirilebileceği düşünüldüğü için modelde sözel iletişim örüntüleri incelenmiştir. Aile içerisinde iletişim iki farklı açıdan incelenmektedir. İlki iletişimin ne kadar doğrudan ya da dolaylı olduğunu değerlendirmektedir. İkincisi ise verilen mesajların ne kadar açık olduğu ile ilgilidir. Ailenin işlevsel olarak değerlendirilebilmesi için aile üyelerinin bilgi paylaşımı sırasında karşılıklı olarak üstü kapalı ve dolaylı bir ifadeler yerine, açık ve net

mesajların yer aldığı doğrudan bir ilişki kuruyor olması gerekir (Epstein vd., 1983). İşlevsel bir ailenin üyeleri açık ve net mesajlar sayesinde birbirleri arasında doğrudan iletişim kurarak rahatlıkla konuşabilmektedir. İletilmek istenen “gerçek” mesajlar aracı kimse olmadan paylaşılmaktadır (Worden, 2013). Roller boyutu, aile üyelerinin gerekli ihtiyaçlarına uygun olarak düzenli bir şekilde yapılan davranış kalıpları ile ilişkilidir. Bu davranışlar her aile için gerekli olan rutin davranışlar ve duygusal işlevler ile ilgili olabileceği gibi her aileye özgü farklı şekillerde ortaya çıkan işlevleri de kapsamaktadır. Temel olarak model bu davranış rollerinin paylaşımı ve sorumluluğu ile ilgilenmektedir. Aile içerisinde bu rollerin nasıl belirlendiği ve sorumlulukların ne ölçüde yerine getirildiği incelenmektedir. Aile üyelerinin karar verme aşamasında kime danıştıkları, duygusal desteğin kim tarafından sağlandığı, günlük işlerin kontrolünün kimde olduğunu bilmek, aile sisteminin örüntülerini ortaya çıkarmaktadır (Worden, 2013). Ayrıca, aile işlevselliği açısından bu rollerin adil, uygun ve belirli bir şekilde dağıtılması önemli görülmektedir. Bu şekilde rollerin gerektirdiği davranışların gerçekleşmesinin ve sorumlulukların alınmasının daha kolay olacağı düşünülmektedir (Miller vd., 2000). Duygusal tepki gösterme boyutu, aile içinde duyguların nitelik ve nicelik açısından açığa çıkarılmasını kapsamaktadır. İşlevsel bir aile içerisinde uygun şekilde ve miktarda çeşitli duygusal deneyimler yaşanmaktadır. Modelde duygular temel olarak iki farklı şekilde ele alınmaktadır. Sevgi, huzur, neşe, şefkat gibi mutluluk içeren duyguların yanında öfke, korku ve hayal kırıklığı içeren kriz duyguları incelenmektedir. İşlevsel olmayan aileler sorun yaşadıklarında duygularını ifade etmede zorlandıkları için kendileri kısıtlanmış hissederler. Dolayısıyla aile içerisinde tüm duyguların uygun şekilde ifade edilebilmesi önemlidir. Bunun nedeni bazı ailelerde olumlu duygular ifade edilirken olumsuz duyguların paylaşımında sorunlar yaşanmasıdır (Epstein vd., 1978). Duygusal bağlılık boyutu, aile üyelerinin birbirine verdiği duygusal tepkilerin daha ötesindedir. Üyelerin birbirlerinin etkinliklerine ilgi gösterme düzeyini ve birbirlerinin yaşantılarına değer vermesini içermektedir (Worden, 2013). Duygusal bağlılığın düzeyine göre ailenin işlevselliği değerlendirilmektedir. Düşük, duygulardan yoksun, narsistik, aşırı ya da simbiyotik bağlılık ailenin işlevselliğine zarar vermektedir. Empatik bağlılıkta ise aile üyeleri arasında içten ve samimi davranışlar sergilenir. Aile üyelerinin gereken ilgi ve önemi vermesiyle sağlıklı bir aile yapısı oluşur (Epstein, Bishop ve Levin, 1978; Miller vd., 2000). Davranış kontrolü boyutu, aile üyelerinin kurallar ile ilgili düzenlemelerini, belirli durumlarda

davranış biçimlerini ve aile üyeleri dışındaki kişilerarası ilişkileri kapsamaktadır. Bu boyutta aile üyelerinin kuralları nasıl belirlediği, tehlikeli durumlardaki davranışları ve aile üyeleri dışındaki sosyal yaşantıların nasıl düzenlendiği incelenmektedir. Davranış kontrolünün belirlenmesi ailenin oluşturduğu davranışlara ilişkin standartları ve kuralların anlaşılmasını sağlar. Davranışsal kontrolün katı, düzensiz ya da müdahaleden uzak bir şekilde düzenlenmesi yerine esneklik içinde, uygun standartlara bağlı olarak gerçekleştirilmesi işlevsel olarak görülmektedir (Miller vd., 2000).

Sağlıklı (İşlevsel Aile) ve Sağlıksız (İşlevsiz Aile)

Aileler Aile sistemini, işlevselliği bakımından sağlıklı ve sağlıksız olarak değerlendiren yaklaşımlar incelendiğinde aile üyelerinin ihtiyaçlarının karşılanabildiği esnek yapılar sağlıklı aileye işaret ederken, ihtiyaçların yetersiz ve eksik şekilde giderildiği aileler sağlıksız olarak gösterilmektedir (Schrodt, 2005). Aileler sistemik açıdan bakıldığında yaşam döngülerinde sürekli bir değişim yaşamaktadır. Sağlıklı olarak nitelendirilen bir aile farklı bir dönemde sağlıksız olarak nitelendirilebilmektedir. Yaşam döngüsü boyunca aileler sağlıklı ve sağlıksız durumları deneyimlemektedir (Gladding, 2015). Sağlıklı aile ile sağlıksız aile sınıflandırılması aslında bir derecelendirme biçimi olarak görülmektedir. Araştırmacılar tarafından ideal olan sağlıklı ailenin özelliklerine veya işlevselliğine ilişkin farklı görüşler bulunmaktadır. Gladding'e (2015) göre sağlıklı aileler değişime karşı kendi kendini düzenleyebilen, açık ve diğer sosyal sistemlerle etkileşim içerisindedir. Aile yapısı ve işleyişi bakımından aile üyelerinin hem duygusal hem de davranışsal açıdan diğer aile üyelerine ve aileye bağlı olduğu görülmektedir. Bu ilişki aile üyelerinin birbirine değer verme ve samimiyetleri sayesinde daha fazla güçlenmektedir. Aile üyeleri bir arada vakit harcamaya hevesli olmaktadır. Tesirli iletişim örnekleri sayesinde empati, anlayış ve destekle birlikte sorun çözmede başarılıdırlar. Kriz durumları ile baş etmede etkili yöntemler kullanmaktadır. Aile üyelerinden birinin başarısızlık durumunda cesaretlendirme ve destekleme yoluna başvurulmaktadır. Bowen (1966) aile sistemi kuramına göre, ailenin sağlıksızlığı temel olarak ebeveynlerin aile geçmişindeki olumsuz örüntülerini kendi çocuklarına aktarma süreci ile bağlantılıdır. Aile çocuğun duygusal yaşantılarının temelini oluşturduğu için ebeveynlerin arasındaki ilişki çocuğun duygusal iyilik halini etkileyen başlıca faktörlerdendir. Sağlıksız aile üyeleri ebeveyn olduğunda kendi

olumsuz örüntülerinin bir kısmını çocuklarına yansıtmaktadır. Kendi ailesinden ayrılaşamayan çocuklar benzer şekilde ailelerinden ayrılaşamayan diğer bireylerle aile olmaktadır. Benlik ayrışması gerçekleşmediği için aile üyeleri düşük benlik algısına sahip olabilmektedir. Aynı zamanda ebeveynde bulunan olumsuz davranışlar aile yansıtma süreciyle duygularını çocuklara aktarmaktadır. Nesiller arası sağlıklı aile aktarımı bu şekilde gerçekleşmektedir (Carr, 2012; Gladding, 2015; Karataş ve Yavuzer, 2018). Sağlıklı aile üyeleri ise kendi ailesinden ayrılaşabilen geçmiş örüntülerin getirdiği olumsuzlukların farkında olan ebeveynlerden oluşmaktadır. Böylece kuşaklararası aile yansıtma süreci kendi yaşamlarında aktif rol alabilen ebeveynlerin değişimi ile gerçekleşmektedir. Duygusal açıdan birbirine bağlı, destekleyici ve sıcak ilişkilerin olduğu aileler sağlıklı iletişime sahiptirler. Satir'in yaşantısal yaklaşımına göre sağlıklı aile kendine verdiği değeri yüksek olan aile üyelerinden oluşmaktadır. Özsaygısı yüksek bireylerden oluşan aile üyeleri arasındaki iletişim açık, kurallar net ve insancıldır. Aile üyeleri toplumla bağ içerisinde olup genel olarak iletişimi uyumludur. Bu durumun aksine sağlıklı ailelerde ise iletişim net olmamaktadır. Böyle ailelerde aile üyelerinin kendilik değeri düşüktür. Toplumla bağ kurarken korkmakta ve suçlayıcı olabilmektedirler. Aile kurallarının netliği ve seviyesi konusunda sorun yaşarlar. Aile kurallarına uyulması aynı zamanda ebeveynlerin özsaygısını da etkilemektedir. Aile üyeleri arasındaki duygusal uzaklaşma ve sağlıklı ilişki biçimleri sonucunda ise stres yaşamaktadır (Murdock, 2016). Bu yaklaşım köken olarak insancıl ve varoluşçu yaklaşıma dayanmaktadır. Dolayısıyla ailenin gelişimsel olarak gelişme ve değişme potansiyeli olduğunu varsaymaktadır. Aile üyeleri iç kaynaklara sahiptir ve değişim yeteneği bulunmaktadır (Karataş ve Yavuzer, 2018). Yapısal yaklaşıma göre ailenin sağlıklı olabilmesi genel olarak aile üyelerinin ilişki kurma şekilleri, etkileşim örüntüleri, güç dengesi ve hiyerarşik aile yapısı ile ilişkilidir. Aile yapısı açık bir şekilde tanımlanan ve esnekliğe sahip olan aileler sağlıklı olarak görülmektedir. Sağlıklı ailelerin gerekli değişimlere uyum sağlayabilmesi daha kolay olmaktadır. Aynı zamanda bireyleşme ve aileye ait olma arasındaki dengeyi de daha kolay kurmaktadır (Nichols, 2013; Murdock, 2016). Sağlıksız bir aile yapısal anlamda sınırlar konusunda zorlanmaktadır. Ailenin alt sistemleri arasında katı sınırlar nedeniyle aşırı tepkiler görülebilmektedir. Bununla birlikte sınırların yoksunluğunda da bireyleşme aşırı düzeyde görülmekte ve aile üyeleri arasındaki bağ kopmaktadır. Ebeveynlerin bu dengeyi sağlayarak uyum sorunlarında hiyerarşiye dikkat ederek

çocukları hedef almamaları gerekmektedir. Çocuklar üzerinden üçgenleşme ve koalisyonlara gerek duymadan çözüme ulaşmak için çaba göstermeleri önemlidir (Murdock, 2016). Stratejik yaklaşımı benimseyen Madanes (1991) ve Haley (2004) aile işlevselliğinin koşullarından biri olarak aile hiyerarşisini görmektedir. Uyumlu hiyerarşik düzenler ailenin etkileşimini destekleyerek katı ve sert kalıpları azaltacaktır. Ebeveyn ve çocukların kendi rollerinin farkında olması aile sistemi içinde uygun sınırların oluşması aile için önemlidir. Ebeveynlerin sorumluluklarının farkında olarak yönettiği yapı içerisinde iletişimin daha net ve açık olması beklenir. Aksi takdirde hiyerarşik yapı kurulamayacağı için ebeveynlerin kontrolü bırakma eğilimi artmaktadır. Stratejik yaklaşımda yaşam döngüsü geçişlerine dikkat edilmektedir. Ayrıca bu yaklaşımda tekrarlanan iletişim örüntüleri ve davranışlar ile yakından ilgilenilir. Ancak sağlıklı birey veya aile konusu üzerinde daha az durulmaktadır. Bu durumun nedeni her sağlıklı olarak nitelendirilen ailenin aynı zamanda karmaşık ve zorlu süreçleri yaşamasının normal karşılanmasıdır. Dolayısıyla ailenin kendi bağlamı ve kültürü içinde uygun hiyerarşilerin kurulmasıyla yaşam döngüsündeki geçişleri atlatabilmesi daha kolay olmaktadır (Murdock, 2016).

Aile işlevselliği çok boyutlu bir yapıya sahiptir. Bu yapı ailenin amaçlarını, ailedeki bireylerin birbirine sağladığı duygusal desteği, aile üyelerinin her manada iyi oluş hallerini kapsamaktadır. Aile işlevselliği, ailenin tüm eylemlerini ve etkileşimleri yansıtmaktadır. Sağlıklı aile işlevselliğine sahip ailelerin aile düzeni ve duygusal dengeleri korunmaktadır. İşlevsel aileler çatışma durumlarında ve kritik durumlarda sabit duygu durumu ile baş edebilirken işlevsiz aileler yaşam döngüsünün beraberinde getirdiği sorunları deneyimlemeden üstesinden gelme potansiyeli gösteremezler yanı sıra işlevsiz aileler öncelik bireysel durumlardır ve sistem olarak bireyler aile içinde sorumluluk gerektiren roller üstlenmemektedir (Çalışkan, 2017).

İlgili Araştırmalar

Yapılan araştırmanın bu kısmında Türkiye’de ve yabancı ülkelerde yapılan çalışmalara değinilmiştir. Bu şekilde araştırmanın diğer yapılan çalışmalarla bir bütün olarak görülmesi amaçlanmıştır.

Bland ve diğerleri (1993)’nin Kanada’nın Edmonton kentinde rastgele seçilen patolojik kumar üzerine 7.214 kişiyle yaptığı nicel araştırmada, kumar bağımlılığını

cinsiyet ve başlama dönemi ile ilgili olarak yapılan bir araştırmada, genellikle erkeklerin kızlara göre daha fazla kumar oynama bozukluğuna sahip oldukları ve çoğunlukla ergenlik döneminde kumara başladıklarını, başlangıç yaşının en fazla 25-29 yaşlarında olduğunu tespit etmiştir. Ayrıca araştırmada katılımcıların %80'i kumar sebebiyle evde veya işinde sorunlar yaşamakta ve %60'ı kumar oynamak için borç aldığını ve çalıştığı sonucuna ulaşmıştır.

Brannigan ve diğerleri (2002)'nin Edmonton'da, çocukluktaki suistimal ve saldırganlıkta özdenetim ve sosyal denetim: aile yapısının, hiperaktivitenin ve düşmanca ebeveynliğin rolü başlıklı çalışmada inceledikleri nicel çalışmaya 460 kişi dahil edilmiştir. Araştırma sonucuna göre, düşük sosyo-ekonomik düzeye ailelerde, sahip çocukların özkontrol düzeyinin de düşük olduğu görülmüştür.

Baumeister (2002)'in ABD'de öz kontrol üzerine yaptığı nicel çalışmada, tüketici davranışlarının özkontrol ile olan ilişkisini saptamış ve olumlu aile ilişkilerinin öz kontrol ve öz denetim becerilerini arttırdığı ortaya koymuştur. Öte yandan bazı aile üyeleri çocuklar üzerinde olumsuz rol model olabilir. Çocukların alkol, sigara, madde, kumar ya da farklı zararlı alışkanlıklara sahip bireylerden oluşan aile içinde büyümesi gelişimini ve gelecekteki yaşantısını olumsuz etkileyebilir. Söz konusu ailelerde yetişen çocuklar içinde buldukları olumsuz durumu içselleştirip kendilerinin gelecekte bu tarz alışkanlıklarının olmaması için bir otokontrol mekanizması geliştirme çabasına girebilirler. Böylelikle aile ilişkisini kötü olarak algılayan bireylerin öz kontrol düzeylerinin daha yüksek olacağı öngörüsü oluşabilir. Literatüre bakıldığında araştırma sonuçlarından farklı sonuçlar da elde edildiği görülmektedir.

McDowell ve diğerleri (2002) tarafından doksan yedi anaokulu öğrencisi ve onların anne-babaları ile yapmış olduğu nicel çalışmada, sosyal durumların ebeveyn ve çocuk bilişsel temsilleri ve çocukların sosyal yeterliliklerini araştırdıkları çalışmada, öz kontrol sorunlarını etkileyen faktörlerin içinde en belirgin etmen olarak aile ilişkisinin olduğu yer almaktadır.

Eken (2010) Karadeniz Teknik Üniversitesinin Eğitim Fakültesi'nde ergenlerin anne-babaya bağlanma biçimleri ile öznel iyi oluş durumlarının sosyal yetkinlik beklentileriyle ilişkilerini inceledikleri çalışmasında seçkisiz yolla 432 birey ile yapmış oldukları araştırmaya göre; ergenlerin algıladıkları ebeveyne bağlanma biçimi ile sosyal yetkinlik beklentisi arasında pozitif yönde, ebeveyne bağlanma düzeyi ile öznel iyi oluş ve alt boyutları arasında artan yönde ilişkiler bulunmuştur. Bu

sonuca göre, ergenlerin ebeveyne ilgili bağlanma biçimi artıkça, sosyal yetkinlik beklentileri düzeyi de artmaktadır. Aile yapılarını demokratik algılayanların, koruyucu olarak değerlendirenlere göre öznel iyi oluş düzeylerinin arttığı bulunmuştur. Pozitif ve negatif duygulanım, hedefler, öz güven, iyimser bakış açısı, sosyal aktivitelere ilgi, akran ilişkileri, geleceğe bakış, aile ilişkileri ve yaşamın zorluklarıyla baş edebilme ile ebeveyne ilgili bağlanma arasında olumlu yönde manidar ilişkiler saptanmıştır.

Meyers, Varkey & Aguirre (2012)'nin Gürcistan'da yapmış oldukları Aile İşlevlerinin Ekonomik Bağlantıları konulu çalışmada Gürcistan'ın kentsel ve kırsal kesimlerinden toplamda 205 aileden topladıkları veriler ışığında yapmış oldukları araştırmaya göre ailede annenin önemine dikkat çekmiş ve kadının bireysel olgunluğu, stresli yaşam durumları sosyal desteği, depresyon seviyeleri, aile kökeni ve sosyoekonomik düzeyleri ile aile işlevselliği arasındaki ilişkinin varolduğunu tespit etmişlerdir.

Nebioğlu ve diğerleri (2012), İstanbul Haydarpaşa Numune Araştırma ve Eğitim Hastanesi'nde öz kontrol üzerine yaptıkları nicel çalışma Duygudurum Bozuklukları Birimi'nde izlenen Bipolar-I tanısı almış izlenen bireylerden, psikiyatrik tanısı olmayan sağlıklı bireylerden, tıp fakültesi 5.ve 6. Sınıf öğrencilerinden premedikasyon öğrencilerinden ve hastane çalışanlarından oluan toplam 523 kişi üzerinden yürütülmüştür. Araştırma sonucuna göre, düşük öz kontrole sahip bireylerin suça bulaşma, akademik erteleme davranışları ve bağımlılık ile ilgili sorunlara da sahip olabileceği görülmüştür.

Harris ve diğerleri (2015) Amerika Birleşik Devletleri'nde üniversite öğrencisi kumarbazlar örnekleminde kumar probleminin yordayıcıları olarak rekabet edebilirlik yönleri ve heyecan arayışını ilişkisini incelemiş ve nicel çalışmaya 158 üniversite öğrencisi katılmıştır. Araştırma sonucuna göre, kumar oynama bozukluğunu, yaş, cinsiyet ve heyecan arama açısından ilişkisine regresyon modeli ile bakılmış ve varyansın %19'unu açıkladığı tespit edilmiştir.

Gözübüyük(2015)'ün Okul öncesi eğitim kurumuna devam eden çocukların anne-babanın çocuk yetiştirme tutumu, çocuklarda öz-kontrol ve davranış sorunları arasındaki doğrudan ve dolaylı ilişkilerin ve öz-kontrolün anne-babanın çocuk yetiştirme tutumu ile çocuklardaki davranış sorunları arasındaki aracılık etkisinin incelendiği örneklemini İzmir ilinde bulunan 866 okul öncesi kurumunda görev yapan 2088 öğretmen ve 41.131 çocuk ve anne-babalarından oluşan çalışmada ; öz-

kontrolün anne-baba tutumları ile davranış sorunları arasında aracılık etkisinin olduğu görülmüştür.

Kuzucu ve ark. (2015) yapmış oldukları çalışmada İlişkilerde Bilişsel Çarpıtmalar ve Öz-Kontrol İlişkisinde Sürekli Öfkenin Aracılık Rolü başlıklı çalışmada Adnan Menedres Üniversitesi'nden 256 öğrenci ile yapılan çalışmada ilişkilerde bilişsel çarpıtmalar ve öz-kontrol arasındaki ilişkide sürekli öfkenin aracı rolü olduğu bulunmuştur.

Gözübüyük (2016) tarafından yapılan nicel çalışmada, İzmir il merkezi Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı anaokuluna devam eden 4-6 yaş arasındaki çocuklar ve anne-babalarından toplanan veriler ile okul öncesi dönem çocuklarında davranış sorunlarının anne-baba tutumu ve öz-kontrol ile ilişkisini incelemiş ve çalışmaya 450 kişi dahil edilmiştir. Çalışma sonucuna göre, anne-baba tutumlarının; sapkın davranışlar, düşük öz-kontrol ve davranış sorunları üzerindeki etkileri olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Kara(2016) Eskişehir Anadolu Üniversitesi'nde yapmış olduğu Üniversite Öğrencilerinin Depresyon Düzeylerinin Bağlanma Stilleri Ve Bilinçli Farkındalık İle İlişkisi: Öz Kontrolün Aracılık Rolü başlıklı çalışmada Öz-kontrol kapasitesi yüksek bireylerin kişiler arası ilişkiler, benlik saygısı, akademik başarı, doyum sağlayıcı ilişkiler geliştirme, olumlu duygular gibi uyum sağlama işlevleriyle olumlu ilişkili olduğu, belirtilmektedir.

Gözübüyük (2016) Türkiye'de yapılan nicel çalışmada okul öncesi dönem çocuklarında davranış sorunlarının anne-baba tutumu ve öz-kontrol ile ilişkisinin incelendiği çalışmaya 251 kişi dahil edilmiştir. Araştırma sonucuna göre, öz kontrol düzeyi yüksek olan bireylerin benlik öz kontrol ve sosyal ilişkilerinin olumlu olduğu görülmüştür.

Boytos, Pettijohn ve Terry(2017)'in Amerika Birleşik Devletleri'nde yapmış oldukları kariyer hazırlığı ve inanç konulu çalışmada Orta ölçekli bir üniversitenin psikoloji araştırma havuzundan ve psikolojiye giriş derslerinden seçilmiş 60 katılımcıdan oluşmaktadır. Öz kontrolün hem dinle hem de daha yüksek bir not ortalamasıyla olumlu bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir.

Peker (2017) Erzurum'da yapmış olduğu çalışmada siber mağduriyet konulu çalışmada Erzurum ilinde bulunan beş liseden toplam 353 öğrenci ile yapılan çalışmada düşük özkontrolün siber mağduriyeti arttırdığı saptanmıştır.

Fırat(2017) yapmış olduğu çalışmada Facebook kullanımı ile ilişkilerinin incelendiği

çalışmada Anadolu Üniversitesi'nde eğitim gören 60 öğrenci ile yapılan çalışmada öğrencilerinin özdenetim ile Facebook kullanımı arasında negatif bir ilişki olduğunu göstermektedir. Ulusal ve uluslararası alan yazınları tarandığında belirtilen çalışmaların haricinde bağımlılık ile özkontrol ilişkisinin incelendiği kapsamlı bir çalışmanın göze çarpmadığı söylenebilir. Bu bağlamda öz kontrol ve davranışsal bağımlılıklar ve aile işlevsellikleri ile ilişkisinin incelenen ileri çalışmaları yapılmasının bu alanda çalışan araştırmacılara ışık tutacağı düşünülmüştür. Coşkun, (2017) Türkiye'de yaptıkları çalışmada psikopatolojinin kumar oynama davranışı ve alkol-madde kötüye kullanımı ile ilişkisini incelemiş ve nicel çalışmaya 347 kişi dahil edilmiştir. Araştırma sonucuna göre, kumar oynamanın cinsiyet ve motivasyon üzerinden karşılaştırıldığı bir çalışmada; kadınların kumar oynama motivasyonlarının duygu düzenleme ve var olan sorunlarını öteleme amacıyla kumar oynadığı, erkeklerin ise heyecan arama ve para kazanma sebebiyle kumar oynadıkları görülmüştür.

Bayındır (2018) Türkiye'de yapılan kumar ve şans oyunlarına toplumsal bakış: Niğde örneği nicel çalışmasına 100 öğrenci katılmıştır. Çalışma sonucuna göre, kız öğrencilerin daha çok şansa dayalı (sayısal loto, şans topu gibi) türleri ederken, erkek öğrenciler ise zar oyunları, iskambil kağıdı gibi hem şans hem de beceri gerektiren oyunları tercih ettikleri görülmüştür.

Kabadayı (2018) Türkiye'de yaptığı nicel çalışmada, özkontrol üzerine yaptığı çalışmaya 1278 kişi dahil edilmiştir. Araştırma sonucuna göre; kaygı bozukluğu ve depresyon tedavisinde, öz kontrol düzeylerinin bireyin aile ilişkisinin kalitesine bakılmaksızın önemli olduğu vurgulanmıştır.

Karaaziz ve diğerleri (2019) KKTC'de yaptıkları Kıbrıs ve Türkiye doğumlu kumar bağımlıları ile kumar oynama nedenleri karşılatırdıkları nicel çalışmaya 120 kişi dahil edilmiştir. Araştırma sonucuna göre; bireylerin ana kumar oynama motivasyonlarının eğlenme ve heyecanlanma olduğu ve kadınlarında erkeklere göre daha fazla kumar oynama davranışı gösterdikleri saptanmıştır.

Çalın (2019) Türkiye'de yaptığı, Anadolu Bölgesinde kumar bağımlılığının psikolojik semptomlarla olan ilişkisinin incelendiği nicel çalışmaya 6000 kişi dahil edilmiştir. Araştırma sonucuna göre, kumar bağımlılığı ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark ortaya çıkmış ve erkeklerin kadınlara oranla daha fazla kumar oynama davranışında buldukları tespit edilmiştir.

TND Projesi(Project Towads No Drug Abuse), Amerika'da Güney Kaliforniya

Üniveristesi bünyesinde madde bağımlılığı ve risklerini önleme programıdır. Program kapsamında öğrencilere üç hafta boyunca 40'ar dakikadan toplamda 12 oturum şeklinde eğitimler verilmiştir. Bu eğitimlerin ana teması madde kullanımını önlemeye yönelik öğrencilere motivasyon, öz kontrol, iletişim ve kaynak edinme becerileri ve karar verme stratejileri kazandırmaktır. 14-19 yaş aralığındaki genç bireylerde bağımlılığı azaltma ve önleme üzerine yapılan bu çalışmada ilk pilot denemesi yapılan uygulamaya 1047 birey katılmış, uygulamadan sonra kontrol grubuna kıyasla deney grubunda 30 günlük sigara kullanımında %27 azalma, 30 günlük esrar kullanımında %22 azalma, 30 günlük sert ilaç kullanımında %26 azalma, 30 günlük alkol kullanımında %9 azalma görülmüştür. Buradan hareketle davranışsal bağımlılıklar ile ilgili bu tarz çalışmaların da fayda vereceği düşünülmüştür (Yoldaş ve Demircioğlu, 2020).

Boyalı, (2020), İstanbul Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi'nde öğrenim görmekte olan 6402 üniversite öğrencisi ile elde ettiği veriler ışığında üniversite öğrencilerinde öz-kontrol ile akademik erteleme arasındaki ilişkide akıllı telefon bağımlılığının aracı rolünün incelendiği nicel çalışmanın temsil oranını arttırmak ve muhtemel veri kayıplarını göz önüne alarak 418 kişilik veri dahil edilmiştir. Araştırma sonucuna göre, Özkontrol ile akademik ertleme davranışı üzerinde önemli etkilerinin olduğunu saptamış yanı sıra bireylerin öz kontrol seviyeleri ile algılanan sosyo-ekonomik düzey arasındaki ilişki incelenmiş ve aralarında anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

Tırmıkçioğlu (2021) İzmir'de yaptığı nicel çalışmada kumar, zehir ve cinayet: elfriede blauensteiner vakasını inceledikleri çalışma sonucuna göre, kumar bağımlılığı ile öz kontrol birlikte ele alındığı için, öz kontrol becerisini maddi anlamda ele almanın daha doğru olacağı düşünülmektedir. Kısıtlı maddi imkanlar sahip olan bireyler, arzuladıkları nesnelere sahip oldukları maddi imkanlar dahilinde yapabilecekleri belirtilebilir. Aynı zamanda bu bireyler istek ve arzularına zorunlu olarak ket vurmak durumunda kalabileceği ve böylece öz kontrol becerilerini sınavabileceği ortama da sahip olamayabildikleri sonucuna ulaşmıştır.

BÖLÜM III

Yöntem

Araştırma Modeli:

Bu araştırma deseni bakımından nicel bir araştırmadır. Çalışmada hedeflenen amaçlara ulaşmak adına Kitleli Araştırma Yönteminin bir türü olan İlişkisel Araştırma Modelini uygulanmıştır (Karasar, 2005). İlişkisel tarama modeli, iki ya da daha fazla değişken arasındaki ilişkiyi yordamaya yarayan tarama modelidir. Değişkenlerin birlikte değişip değişmediğini ilişki varsa bunun nasıl olduğunu saptamaya yöneliktir (Karasar, 2011).

Evren ve örneklem:

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde yaşayan, 18-65 yaş arası kadın ve erkek yetişkin bireyler araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Bu evren üzerinden kartopu örnekleme yöntemiyle katılımcılara ulaşılmıştır. Kartopu örnekleme için evrendeki bir birim ile bir tür bağlantı kurar ve ardından, bir kişinin yardımıyla başka bir kişiyle ve ardından aynı şekilde başka bir kişiyle temas kurulur ve böylece örneklem kartopu etkisi şeklinde zincirleme bir şekilde çoğaltılır (Kılıç, 2013). Böylelikle örneklem kartopu etkisi şeklinde, zincirleme olarak örnek büyütülür. Bu çalışmada kumar sektöründe çalışan, sosyal hayatında kumar oynayan bireyler ve çevreleriyle paylaşmasıyla ve kumar bağımlılığı olmayan benzer sosyodemografik özellikleri olan bireylerden seçilerek örnekleme ulaşılmıştır.

Sosyo-demografik Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistiklerin İncelenmesi

Tablo 1.

Örneklemin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
South Oaks Kumar Testi		
Sağlıklı	297	85,1
Kumar bağımlısı	52	14,9
Yaş		
18-24 yaş	176	50,4
25-34 yaş	95	27,2
35-40 yaş	21	6,0
41 yaş ve üzeri	57	16,3

Cinsiyet

Kadın	235	67,3
Erkek	114	32,7

Sosyal Güvence

Özel sigorta	40	11,5
SGK	141	40,4
Ailede yararlanma	135	38,7
Yok	33	9,5

Medeni Durum

Evli	69	19,8
Bekar	262	75,1
Boşanmış	18	5,2

Alkol Kullanımı

Yok	110	31,5
Nadiren	128	36,7
Haftada 1 kadeh	71	20,3
Günde 1 kadeh	40	11,5

Sigara Kullanımı

Kullanmıyorum	131	37,5
Bıraktım	9	2,6
Tek tük	38	10,9
Haftada 1 paket	34	9,7
Günde 1 paket	137	39,3

Yaşadığı Ev

Apartman dairesi	254	72,8
Misafirhane-otel	16	4,6
Müstakil ev	79	22,6

Kaldığı Ev

Kendisine ait	86	24,6
Ailesine ait	121	34,7
Kira	142	40,7

Yaşam Ortamı

Tek başına	76	21,8
Eşiyle	24	6,9
Eşi ve çocuklarıyla	48	13,8
Arkadaşıyla	75	21,5
Ailesiyle	126	36,1

Eğitim Durumu

İlkokul/ortaokul	5	1,4
Lise	32	9,2
Lisans	221	63,3
Yüksek Lisans ve üzeri	91	26,1

İşi

Çalışmıyor	30	8,6
Öğrenci	170	48,7
Masa başı iş	113	32,4
Bedensel iş	36	10,3

Gelir Düzeyi

Asgari ücretten az	96	27,5
Asgari ücret	83	23,8
Asgari ücretin 2 katı	78	22,3
Asgari ücretin 3 katı	46	13,2
Asgari ücretin 3 katından fazla	46	13,2

Çalışmaya 235'i (%67,3) kadın ve 114'ü (%32,7) erkek olmak üzere toplamda 349 kişi dâhil olmuştur. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı tablo 1'de sunulmuştur. Çalışmaya dâhil olan katılımcılara South Oaks kumar tarama testi uygulanmıştır. Uygulanan test sonucuna göre katılımcıların 297'si (%85,1) sağlıklı, 52'si (%14,9) kumar bağımlısı olarak tanımlanmıştır.

Katılımcıların 176'sı (%50,4) 18-24 yaş aralığında, 95'i (%27,2) 25-34 yaş aralığında, 21'i (%6,0) 35-40 yaş aralığında ve 57'si (%16,3) 41 yaş ve üzerindedir. Çalışmaya dâhil olan bireylerin sosyal güvence olarak 40'ı (%11,5) özel sigorta, 141'i (%40,4) SGK, 135' (%38,7) aileden yararlandıklarını ve 33'ü (%9,5) ise sosyal güvencesi olmadığını bildirmiştir. Katılımcıların 69'u (%19,8) evli, 262'si (%75,1) bekâr ve 18'i (%5,2) boşanmıştır.

Çalışmaya dâhil olan bireylerin 110'u (%31,5) alkol kullanmamakta, 128'si (%36,7) nadiren alkol kullanmakta, 71'i (%20,3) haftada 1 kadeh alkol kullanmakta ve 40'ı (%11,5) ise günde 1 kadeh alkol kullanmaktadır. Katılımcıların 131'i (%37,5) sigara kullanmamakta, 9'u (%2,6) sigara kullanıp bırakmış, 38'si (%10,9) tek tük sigara kullanmakta, 34'ü (%9,7) haftada 1 paket sigara kullanmakta ve 137'si (%39,3) ise günde 1 paket sigara kullanmaktadır.

Katılımcıların 254'ü (%72,8) apartman dairesinde kalmakta, 16'sı (%4,6) misafirhane-otelde kalmakta ve 79'u (%22,6) müstakil evde kalmaktadır. Çalışmaya dâhil olanların 86'sı (%24,6) kendisine ait evde kalmakta, 121'i (%34,7) ailesine ait evde kalmakta ve 142'si (%40,7) kirada kalmaktadır. Katılımcıların 76'sı (%21,8) tek başına yaşamakta, 24'ü (%6,9) eşiyile yaşamakta, 48'i (%13,8) eşi ve çocuklarıyla yaşamakta, 75'i (%21,5) arkadaşıyla yaşamakta ve 126'sı (%36,1) ailesiyle yaşamaktadır.

Çalışmaya dâhil olan bireylerin 5'i (%1,4) ilkokul/ortaokul mezunu, 32'si (%9,2) lise mezunu, 221'i (%63,3) lisans mezunu ve 91'i (%26,1) yüksek lisans ve üzeri mezunudur. Katılımcıların 30'u (%8,6) çalışmamakta, 170'i (%48,7) öğrenci, 113'ü (%32,4) masa başı işte çalışmakta ve 36'sı (%10,3) bedensel işte çalışmaktadır. Çalışmaya dâhil olanların 96'sı (%27,5) asgari ücretten az, 83'ü (%23,8) asgari ücret, 78'i (%22,3) asgari ücretin iki katı, 46'sı (%13,2) asgari ücretin üç katı ve 46'sı (%13,2) asgari ücretin üç katından fazla gelir düzeyine sahiptir.

Verilerin Analizi

Tez çalışmasında SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. Veri toplama aşamasında toplam 349 katılımcıya ulaşılmıştır ve katılımcılara ait veriler SPSS programına işlenmiştir. Veri temizliği, sayıltı testleri gibi ön analiz hazırlıklar yapılmıştır. Örneklem özelliklerini tespit edebilmek amacıyla frekans analizi yapılmıştır. Ve bu sayede örneklemin demografik olarak nasıl dağılım gösterdiği elde edilmiştir. Veri temizliği aşamasından sonra verilerin parametrik ya da nonparametrik analizlere uygun olduğuna karar verebilmek adına, Kolmogorov-Simirnov normal dağılım analizi yapılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini incelemek maksadıyla Kolmogorov-Simirnov testinin yanı sıra verilere ait betimsel analizler (mod, medyan, ortalama, basıklık, çarpıklık, vb.) incelenmiştir. Normal dağılım analizlerinden sonra araştırma soruları ile paralel olarak veri setlerinin demografik değişkenler ile olan değişimleri ve birbirleri ile olan

ilişkileri uygun analizlerce gerçekleştirilmiştir. İkili gruplar da dâhil olmak üzere bir demografik değişken üzerindeki puanların ortalamalarını ilişkili değişkenlerle karşılaştırmak için "Bağımsız Örneklemeler t-Testi"; ikiden fazla grubu içeren demografik değişkenlerin ortalamalarını karşılaştırmak için "Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)" analizi uygulanmıştır. Veri kümeleri arasındaki ikili ilişkileri test etmek için ikili değişkenler arasında Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır.

Aile Değerlendirme Ölçeği ve Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı İstatistiklerin İncelenmesi

Tablo 2.

Aile Değerlendirme Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

	N	X	Ss	Min.	Maks.	Çarpıklık	Basıklık	KS
Aile Değerlendirme	349	14.62	3.48	9.09	25.24	.792	.392	.000
Problem Çözme	349	2.15	.75	1	4	.514	-.276	.000
İletişim	349	2.04	.61	1	3.67	.318	-.539	.000
Roller	349	2.09	.51	1	3.64	.494	.320	.000
Duygusal Tepki Verebilme	349	1.97	.77	1	4	.776	-.111	.000
Gereken İlgiyi Gösterme	349	2.3	.38	1.43	3.57	.549	.547	.000
Davranış Kontrolü	349	2.13	.38	1.11	2.33	.374	.146	.000
Genel İşlevler	349	1.92	.71	1	4	.78	.123	.000

Tablo 2'de aile değerlendirme ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin betimsel istatistikler yer almaktadır. Değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığını test etmek için

Kolmogorov-Smirnov normal dağılım testi kullanıldı. Yapılan analiz sonucunda değişkenlerin normal bir dağılım sergilemediği görülmektedir. Ancak değişken puanlarının dağılımı ve betimsel istatistikleri incelendiğinde normal dağıldığı görülmüştür. Aynı zamanda değişkenlerin basıklık ve çarpıklık değerleri +1 ile -1 arasında olduğu için değişkenlerin normal dağıldığı varsayılır ve sonraki analizde parametrik analize devam edildi.

Tablo 3.

Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

	N	X	Ss	Min.	Maks.	Çarpıklık	Basıklık	KS
Öz Kontrol-Özyönetim	349	58.08	13.91	10	80	-.650	.161	.000
Kendini Ayarlama	349	23.26	5.79	0	30	-1.146	1.319	.000
Kendini Değerlendirme	349	16.52	5.94	0	25	-.293	-.655	.000
Kendini Pekiştirme	349	18.3	5.34	0	25	-.819	.326	.000

Öz kontrol-özyönetim ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin betimleyici istatistikler tablo 3'te sunulmuştur. Değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığını test etmek için Kolmogorov-Smirnov normal dağılım testi kullanıldı. Yapılan analiz sonucunda değişkenlerin normal bir dağılım sergilemediği görülmektedir. Ancak değişken puanlarının dağılımı ve betimsel istatistikleri incelendiğinde normal dağıldığı görülmüştür. Aynı zamanda değişkenlerin basıklık ve çarpıklık değerleri +1 ile -1 arasında olduğu için değişkenlerin normal dağıldığı varsayılır ve sonraki analizde parametrik analize devam edildi.

Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form, cinsiyet, sosyal güvence, alkol kullanımı gibi sorular yer almaktadır. Hem katılımcıların özellikleri hakkında bildirim alabilmek hem de araştırma örneklemine uygunluklarını kontrol edebilmek amacıyla uygulanmıştır.

South Oaks Kumar Tarama Testi Ölçeği

Kumar bağımlılığı alanında kullanılan en yaygın ölçek South Oaks Kumar Tarama Testidir (SOKTT). Lesieur ve Blume (1987) tarafından oluşturulan, DSM-III kriterleri temelinde düzenlenmiş olan 26 maddeden oluşan öz bildirim ölçeğidir (172). Ölçekte yer alan ilk üç madde ile 12, 16j ve 16k numaralı maddeler puanlanmadığından, ölçeğin toplam puan aralığı 0-20 arasındadır. Orijinal ölçeğin kesme puanı 5 olarak belirlenmiştir. Duvarcı ve Varan (2001) tarafından Türk örnekleminde güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılmıştır (173). Türkçe formunda puanlamaya tabi tutulan madde sayısı 19 olmuş ve ölçeğin Türkçe formunun puan aralığı 0-19 arasında belirlenmiştir. SOKTT'nin iç-tutarlılık Cronbach alfa= .8772 ve test-terkrar-test korelasyonu $r = .95$ olarak bulunmuştur. OKTT'nin ülkemize uyarlanmış formunda patolojik kumar tanısını belirleyen kesme puanı olarak 8 olarak belirlenmiştir. SOKTT'de 8 veya daha fazla puan alan denekler "olası patolojik kumarbaz", 8 puan altındaki bireyler patoloji göstermediği düşünülerek "sağlıklı" olarak değerlendirilmiştir. Kesme-noktası olarak 8 puan alındığında, %90,5 özgüllük, %90,3 duyarlılık oranı bulunmuştur (Duvarcı ve Varan, 2001)

Aile Değerlendirme Ölçeği

Aile üyelerinin hane içindeki işlevlerini ne ölçüde yerine getirdiklerini yine kendi algılarına göre değerlendiren bir ölçektir. Epstein ve ark. (1983), Bulut (1990) geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapmıştır. Problem Çözme, Roller, İletişim, Gerekli Dikkati Gösterme, Duygusal Tepkiler, Davranışsal Kontrol, Genel İşlevsellik olarak adlandırılan alt ölçekler toplam yedi boyuttan oluşmaktadır ve 60 sorudan oluşmaktadır. 12 yaş üzeri tüm aile üyelerine kişisel olarak uygulanabilir. Ölçek sorularına verilen yanıtlar "Tamamen katılıyorum" ile "Hiç katılmıyorum" arasında 4 kategoride değerlendirilmiştir. Elde edilen puanlar her bir alt boyut için toplanır ve ortalaması alınır. Bu nedenle, aile üyelerinin her biri yedi alt ölçek puanı alır. ADÖ'de bu yedi alt boyut dışında toplam puana dayalı değerlendirme yoktur (Akt. Teker, 2010). Problem çözme; aile üyelerinin güçlü biçimde ilişkilerini idame ettirebilmesi için, aileyi ilgilendiren sorunların ortaya çıkmasından çözümün üretildiği aşamaya kadarki dönemi kapsayan sorun çözebilme becerisidir. İletişim; aile bireyleri arasındaki bilgi alışverişi olarak tanımlanmaktadır. Aile üyelerinin açık ve dolaysız iletişim kurması, istediklerini doğrudan dile getirebilmeleri önemsenmektedir. Roller; ailenin maddi ve manevi gereksinimlerini

karşılama üzere geliştirilen davranış kalıplarıdır. Ailedeki kaynakların kullanımı, bakım verme, destekleme ve kişisel gelişim sağlama gibi konularda aile bireylerinin çeşitli roller üstlenip üstlenmediğine odaklanır. Belirlenmiş roller sağlık ve para harcamaları gibi konularda karar vermeyi gerektirir. Duygusal tepki verebilme; ailedeki üyelerin sevgi, mutluluk, neşe gibi duygularının yanı sıra kızgınlık, korku, mutsuzluk gibi duygularını sözlü olarak veya hareketlerle ifade edebilme becerisini değerlendirir. Gereken ilgiyi gösterme; aile üyelerinin birbirlerine gösterdiği bakım, sevgi ve ilgiyi içerir. Bu boyutta çok ilgilenmek üyeler arasındaki bağımlılığı, az ilgilenmek ise ilgi ve sevgi boyutunun yetersizliğinin belirtisi olarak kabul edilmektedir. Davranış kontrolü, ailenin üyelerine davranış standartları koyma ve disiplin sağlama biçimini değerlendirir. Ayrıca davranış kontrolünün serbest, katı ya da esnek olması da bu alt ölçekte değerlendirilmektedir. Genel işlevler ise; ailenin diğer tüm alanlardaki işlevselliğini ve yukarıda sayılan altı boyutu da kapsayacak şekilde bilgi edinmeyi içerir (Bulut, 1990, Polat, 2010). Her bir alt ölçekte 1 ile 4 puan arasında puanlar alınabilecek olup, 1'den 4'e doğru puanlar arttıkça sağlıklı işlevlerden sağlıksız işlevlere doğru artış yaşandığı şeklinde yorumlanmaktadır. eorik olarak tek puan "2" olarak belirlenmiştir. 2'nin altındaki derecelendirmeler sağlıklı işleyişi gösterir. 2'nin üzerindeki puan sağlıksız aile işlevselliğini gösterir (Bulut, 1990). ABD'de Mc Master Aile İşlevleri Modeline göre geliştirilen ölçeğin, Bulut (1990) tarafından ülkemizde uyarlama çalışması yapılmıştır. Ölçekteki maddelerin orijinal hali aile terapisi ve İngilizce dilini iyi bilen uzmanlarca Türkçeye çevrilmiştir. İkinci aşamada Amerika'da oldukça uzun bir süre çalışmış bir psikolog tarafından ölçeğin tekrar İngilizceye çevrilmesi istenmiştir. Üçüncü aşamada son iki yılını Türkiye'de çalışan Amerikalı bir öğretim üyesine bazı maddeler hakkında danışılmış ve maddelerdeki kavramların neyi ifade ettiği sorulmuştur. Maddelerin çeviri işleminin tamamlanmasının ardından sosyal hizmet uzmanı, psikiyatrist ve psikologların oluşturduğu 20 kişilik ekip; maddelerin Türkçe'deki anlaşılabilirliğini kontrol etmiştir. Uzmanların önerileri sonrası gözden geçirme çalışmaları yapılmış ve ölçek uygulamaya hazır hale getirilmiştir (Bulut, 1990). Aile Değerlendirme Ölçeği Türkçe Formunun test-tekrar test güvenilirliği 0.62 ve 0.90 olarak saptanmıştır. İç tutarlılık değerleri ise 0.38 ve 0.86 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.93'tür.

Özkontrol-Özyönetim Ölçeği-ÖKYÖ

Mezo (2009) tarafından geliştirilmiş, Akın ve diğerleri (2012) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. ÖKÖYÖ, üç faktörlü toplam 16 maddeden oluşmakta ve 6'lı Likert tipinde (0= benim için hiç doğru değil, 1= benim için çoğunlukla doğru değil 2= benim için biraz doğru değil 4= benim için çoğunlukla doğru 5= benim için tamamen doğru) puanlanmaktadır. Ölçekteki maddelere örnek olarak "Bir iş üzerinde çalışırken tüm dikkatimi o işe veririm" ifadesi verilebilir. Ayrıca ölçeğe ait diğer örnek maddeler Ek-2'de verilmiştir. Ölçekte öz izleme (1-2-3-4-5-6 maddeler), öz düzenleme/değerlendirme (7-8-9-10-11 maddeler) ve öz güçlendirme (12-13-14-15-16 maddeler) olmak üzere üç alt boyut yer almaktadır. Ölçekteki 7., 8., 9., 10. ve 11. maddeler ters puanlanmaktadır. Alt boyutlardaki puanlar sırasıyla 0-30; 0-25 ve 0-25 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, bireyin bu alt boyutlarda becerisinin yüksek olduğunu göstermektedir (Akın ve diğerleri, 2012). Orijinal ölçekte Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı ölçeğin bütünü için .81; öz izleme, öz güçlendirme ve öz değerlendirme alt boyutları için sırasıyla .74, .75 ve .78 olarak hesaplanmıştır. Uyarlama çalışmasında Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı ölçeğin bütünü için .80, öz izleme, öz güçlendirme için ve öz değerlendirme alt boyutları için sırasıyla .78, .72 ve .78 olarak hesaplanmıştır (Akın ve diğerleri, 2012). Mevcut araştırmada ise Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı ölçeğin bütünü için .90; öz izleme, öz güçlendirme ve öz değerlendirme alt boyutları için sırasıyla .84, .75 ve .70 olarak saptanmıştır. Ölçeğin yapı geçerliğinin belirlenmesi amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yöntemi kullanılmıştır. Elde edilen model uyum değerleri $\chi^2 / Sd = 1.86$, RMSEA= .05, NFI= .94, CFI=.97, GFI= .95, IFI= .97, SRMR= .46 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca ölçeğin faktör yüklerinin .34 ile .76 arasında yer aldığı belirlenmiştir. Alt boyutlara ait faktör yüklerinin sırasıyla öz izleme, öz değerlendirme ve öz güçlendirme için .34-.76, .51-.74 ve için .37-.72 arasında olduğu görülmüştür.

BÖLÜM IV
Bulgular Ve Yorumlar

Aile Değerlendirme Ölçeği ve Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Sağlıklı ve Kumar Bağımlısı Bireylere Göre İncelenmesi

Tablo 4.

Aile Değerlendirme Ölçeğinin Kumar Testi Sonucuna Göre T Testi Sonuçları

		N	X	Ss	t	p
Aile	Sağlıklı	297	13.96	2.92	-9.647	.000
	Bağımlı	52	18.45	3.95		
Değerlendirme	Sağlıklı	297	2.03	.67	-7.588	.000
	Bağımlı	52	2.83	.83		
Problem Çözme	Sağlıklı	297	1.95	.57	-6.472	.000
	Bağımlı	52	2.51	.59		
İletişim	Sağlıklı	297	2.0	.42	-8.372	.000
	Bağımlı	52	2.58	.63		
Roller	Sağlıklı	297	1.84	.69	-7.750	.000
	Bağımlı	52	2.68	.85		
Duygusal Tepki	Sağlıklı	297	2.25	.34	-6.749	.000
	Bağımlı	52	2.62	.44		
Verebilme	Sağlıklı	297	2.06	.34	-8.566	.000
	Bağımlı	52	2.51	.38		
Gereken İlgii	Sağlıklı	297	1.79	.61	-9.313	.000
	Bağımlı	52	2.68	.76		

Aile değerlendirme ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanının bireylerin kumar bağımlısı ya da sağlıklı olmasına bağlı değişip değişmediğini analiz edebilmek için bir dizi bağılantısız örneklemeler ile t testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, katılımcıların aile değerlendirme puanlarının ortalamaları bireylerin kumar bağımlısı ya da sağlıklı olması ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkilendirilmiştir., $t(347) = -9.647, p < .01$. Dolayısıyla, sağlıklı bireylerin aile değerlendirme puanlarının ortalamaları ($X=13.96$) kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme puanlarının ortalamalarından ($X=18.45$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Benzer şekilde, aile değerlendirme ölçeğinin problem çözme alt boyutunun

puanlarının ortalamaları bireylerin kumar bağımlısı ya da sağlıklı olmasına göre istatistiksel olarak anlamlı ilişkilendirilmiştir, $t(347) = -7.588, p < .01$. Sağlıklı bireylerin problem çözme puanlarının ortalamaları ($X=2.03$) kumar bağımlısı bireylerin problem çözme puanlarının ortalamalarından ($X=2.83$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Aile değerlendirme ölçeğinin iletişim alt boyutunun puanlarının ortalamaları bireylerin kumar bağımlısı ya da sağlıklı olmasına göre istatistiksel anlamlı ilişkilendirilmiştir, $t(347) = -6.472, p < .01$. Dolayısıyla, sağlıklı bireylerin iletişim puanlarının ortalamaları ($X=1.95$) kumar bağımlısı bireylerin iletişim puanlarının ortalamalarından ($X=2.51$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Paralel biçimde, aile değerlendirme ölçeğinin roller alt boyutunun puanlarının ortalamaları bireylerin kumar bağımlısı ya da sağlıklı olmasına göre istatistiksel olarak anlamlı ilişkilendirilmiştir, $t(347) = -8.372, p < .01$. Dolayısıyla, sağlıklı bireylerin roller puanlarının ortalamaları ($X=2.0$) kumar bağımlısı bireylerin roller puanlarının ortalamalarından ($X=2.58$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Aile değerlendirme ölçeğinin duygusal tepki verebilme alt boyutunun puanlarının ortalamaları bireylerin kumar bağımlısı ya da sağlıklı olmasına göre istatistiksel olarak anlamlı ilişkilendirilmiştir, $t(347) = -7.750, p < .01$. Dolayısıyla, sağlıklı bireylerin duygusal tepki verebilme puanlarının ortalamaları ($X=1.84$) kumar bağımlısı bireylerin duygusal tepki verebilme puanlarının ortalamalarından ($X=2.68$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Aile değerlendirme ölçeğinin gereken ilgiyi gösterme alt boyutunun puanlarının ortalamaları bireylerin kumar bağımlısı ya da sağlıklı olmasına göre istatistiksel olarak anlamlı ilişkilendirilmiştir, $t(347) = -6.749, p < .01$. Dolayısıyla, sağlıklı bireylerin gereken ilgiyi gösterme puanlarının ortalamaları ($X=2.25$) kumar bağımlısı bireylerin gereken ilgiyi gösterme puanlarının ortalamalarından ($X=2.62$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Ek olarak, aile değerlendirme ölçeğinin davranış kontrolü alt boyutunun puanlarının ortalamaları bireylerin kumar bağımlısı ya da sağlıklı olmasına göre istatistiksel olarak anlamlı ilişkilendirilmiştir, $t(347) = -8.566, p < .01$. Dolayısıyla, sağlıklı bireylerin davranış kontrolü puanlarının ortalamaları ($X=2.0$) kumar bağımlısı bireylerin davranış kontrolü puanlarının ortalamalarından ($X=2.51$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Aile değerlendirme ölçeğinin genel işlevler alt boyutunun puanlarının

ortalamaları bireylerin kumar bağımlısı ya da sağlıklı olmasına göre istatistiksel olarak anlamlı ilişkilendirilmiştir, $t(347) = -9.313, p < .01$. Dolayısıyla, sağlıklı bireylerin genel işlevler puanlarının ortalamaları ($X=1.79$) kumar bağımlısı bireylerin genel işlevler puanlarının ortalamalarından ($X=2.68$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Tablo 5.

Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Kumar Testi Sonucuna Göre T Testi Sonuçları

		N	X	Ss	t	p
Öz Kontrol-Özyönetim	Sağlıklı	297	60.4	11.85	8.086	.000
	Bağımlı	52	44.86	17.22		
Kendini Ayarlama	Sağlıklı	297	24.34	4.52	9.309	.000
	Bağımlı	52	17.07	8.05		
Kendini Değerlendirme	Sağlıklı	297	17.1	5.57	4.451	.000
	Bağımlı	52	13.23	6.92		
Kendini Pekiştirme	Sağlıklı	297	18.95	4.76	5.715	.000
	Bağımlı	52	14.55	6.84		

Öz kontrol-özyönetim ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanının bireylerin kumar bağımlısı ya da sağlıklı olmasına göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bir dizi bağlantısız örneklem t testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, katılımcıların öz kontrol-özyönetim puanlarının ortalamaları bireylerin kumar bağımlısı ya da sağlıklı olmasına göre istatistiksel olarak anlamlı ilişkilendirilmiştir, $t(347) = 8.086, p < .01$. Dolayısıyla, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanlarının ortalamaları ($X=60.4$) kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanlarının ortalamalarından ($X=44.86$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Benzer şekilde, öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutunun puanlarının ortalamaları bireylerin kumar bağımlısı ya da sağlıklı olmasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır, $t(347) = 9.309, p < .01$. Dolayısıyla, sağlıklı bireylerin kendini ayarlama puanlarının ortalamaları ($X=24.34$) kumar bağımlısı bireylerin kendini ayarlama puanlarının ortalamalarından ($X=17.07$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin kendini değerlendirme alt boyutunun puanlarının ortalamaları bireylerin kumar bağımlısı ya da sağlıklı olmasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır, $t(347) = 4.451, p < .01$. Dolayısıyla, sağlıklı bireylerin kendini değerlendirme puanlarının ortalamaları ($X=17.1$) kumar

bağımlısı bireylerin kendini değerlendirme puanlarının ortalamalarından ($X=13.23$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Son olarak, öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutunun puanlarının ortalamaları bireylerin kumar bağımlısı ya da sağlıklı olmasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır, $t(347) = 5.715, p < .01$. Dolayısıyla, sağlıklı bireylerin kendini pekiştirme puanlarının ortalamaları ($X=18.95$) kumar bağımlısı bireylerin kendini pekiştirme puanlarının ortalamalarından ($X=14.55$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Sağlıklı ve Kumar Bağımlısı Bireylere Göre Aile Değerlendirme Ölçeği ve Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeği Arasındaki Korelasyonel İlişkinin İncelenmesi

Tablo 6.

Sağlıklı Bireylere Göre Aile Değerlendirme Ölçeği ve Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeği Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

		Öz Kontrol- Özyönetim	Kendini Ayarlama	Kendini Değerlendirme	Kendini Pekiştirme
Aile Değerlendirme	<i>r</i>	-.471**	-.389**	-.428**	-.302**
	<i>p</i>	.000	.000	.000	.000
Problem Çözme	<i>r</i>	-.392**	-.342**	-.321**	-.276**
	<i>p</i>	.000	.000	.000	.000
İletişim	<i>r</i>	-.467**	-.408**	-.410**	-.295**
	<i>p</i>	.000	.000	.000	.000
Roller	<i>r</i>	-.371**	-.314**	-.347**	-.220**
	<i>p</i>	.000	.000	.000	.000
Duygusal Tepki	<i>r</i>	-.377**	-.302**	-.328**	-.267**
Verebilme	<i>p</i>	.000	.000	.000	.000
Gereken İlgii	<i>r</i>	-.059	-.005	-.112	-.012
Gösterme	<i>p</i>	.000	.937	.053	.837
Davranış Kontrolü	<i>r</i>	-.369**	-.274**	-.390**	-.201**
	<i>p</i>	.000	.000	.000	.000
Genel İşlevler	<i>r</i>	-.456**	-.381**	-.414**	-.288**
	<i>p</i>	.000	.000	.000	.000

*: $p < .05$, **: $p < .01$

Sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeği ve öz kontrol-özyönetim ölçeği arasında ne yönde ve nasıl bir ilişki olduğunu tespit edebilmek amacıyla bir dizi Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Yapılan analizlere ilişkin sonuçları Tablo 6'dan inceleyebilirsiniz.

Sağlıklı bireylerin öz kontrol-öz yönetim puanları ile aile değerlendirmesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($r = -.471$, $p < .01$). Benzer şekilde, sağlıklı bireylerin öz kontrol-öz yönetim puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki vardır ($r = -.389$, $p < .01$). Sağlıklı bireylerin öz kontrol-öz yönetim puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini değerlendirme alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki görülmektedir ($r = -.428$, $p < .01$). Son olarak, sağlıklı bireylerin öz kontrol-öz yönetim puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki gözlenmektedir ($r = -.302$, $p < .01$).

Sağlıklı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin problem çözme alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($r = -.392$, $p < .01$). Benzer şekilde, sağlıklı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin problem çözme alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki vardır ($r = -.342$, $p < .01$). Sağlıklı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin problem çözme alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki görülmektedir ($r = -.321$, $p < .01$). Son olarak, sağlıklı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin problem çözme alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki gözlenmektedir ($r = -.276$, $p < .01$).

Sağlıklı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin iletişim alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($r = -.467$, $p < .01$). Benzer şekilde, sağlıklı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin iletişim alt boyutu puanları ile aile

değerlendirmesi ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki vardır ($r=-.408, p<.01$). Sağlıklı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin iletişim alt boyutu puanları ile aile değerlendirme ölçeğinin kendini değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki görülmektedir ($r=-.410, p<.01$). Son olarak, sağlıklı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin iletişim alt boyutu puanları ile aile değerlendirme ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki gözlenmektedir ($r=-.295, p<.01$).

Sağlıklı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin roller alt boyutu puanları ile aile değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($r=-.371, p<.01$). Benzer şekilde, sağlıklı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin roller alt boyutu puanları ile aile değerlendirme ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki vardır ($r=-.314, p<.01$). Sağlıklı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin roller alt boyutu puanları ile aile değerlendirme ölçeğinin kendini değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki görülmektedir ($r=-.347, p<.01$). Son olarak, sağlıklı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin roller alt boyutu puanları ile aile değerlendirme ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki gözlenmektedir ($r=-.220, p<.01$).

Sağlıklı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin duygusal tepki verebilme alt boyutu puanları ile aile değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($r=-.377, p<.01$). Benzer şekilde, sağlıklı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin duygusal tepki verebilme alt boyutu puanları ile aile değerlendirme ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki vardır ($r=-.302, p<.01$). Sağlıklı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin duygusal tepki verebilme alt boyutu puanları ile aile değerlendirme ölçeğinin kendini değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki görülmektedir ($r=-.328, p<.01$). Son olarak, sağlıklı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin duygusal tepki verebilme alt boyutu puanları ile aile değerlendirme ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları arasında

istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki gözlenmektedir ($r=-.267, p<.01$).

Sağlıklı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin gereken ilgiyi gösterme alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($r=-.059, p>.05$). Benzer şekilde, sağlıklı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin gereken ilgiyi gösterme alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($r=-.005, p>.05$). Sağlıklı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin gereken ilgiyi gösterme alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir ($r=-.112, p>.05$). Son olarak, sağlıklı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin gereken ilgiyi gösterme alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemektedir ($r=-.012, p>.05$).

Sağlıklı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin davranış kontrolü alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($r=-.369, p<.01$). Benzer şekilde, sağlıklı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin davranış kontrolü alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki vardır ($r=-.274, p<.01$). Sağlıklı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin davranış kontrolü alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki görülmektedir ($r=-.390, p<.01$). Son olarak, sağlıklı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin davranış kontrolü alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki gözlenmektedir ($r=-.201, p<.01$).

Sağlıklı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin genel işlevler alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($r=-.456, p<.01$). Benzer şekilde, sağlıklı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin genel işlevler alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki vardır ($r=-.381, p<.01$). Sağlıklı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin genel işlevler alt boyutu

puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki görülmektedir ($r=-.414$, $p<.01$). Son olarak, sağlıklı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin genel işlevler alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki gözlenmektedir ($r=-.288$, $p<.01$).

Tablo 7.

Kumar Bağımlısı Bireylere Göre Aile Değerlendirme Ölçeği ve Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeği Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

		Öz Kontrol- Özyönetim	Kendini Ayarlama	Kendini Değerlendirme	Kendini Pekiştirme
Aile	<i>r</i>	-.725**	-.679**	-.453**	-.569**
Değerlendirme	<i>p</i>	.000	.000	.001	.000
Problem Çözme	<i>r</i>	-.473**	-.364**	-.372**	-.386**
	<i>p</i>	.000	.008	.007	.005
İletişim	<i>r</i>	-.657**	-.599**	-.344**	-.600**
	<i>p</i>	.000	.000	.013	.000
Roller	<i>r</i>	-.736**	-.714**	-.441**	-.567**
	<i>p</i>	.000	.000	.001	.000
Duygusal Tepki	<i>r</i>	-.729**	-.718**	-.426**	-.560**
Verebilme	<i>p</i>	.000	.000	.002	.000
Gereken İlgiyi	<i>r</i>	-.509**	-.543**	-.315*	-.325*
Gösterme	<i>p</i>	.000	.000	.023	.019
Davranış	<i>r</i>	-.616**	-.541**	-.475**	-.432**
Kontrolü	<i>p</i>	.000	.000	.000	.001
Genel İşlevler	<i>r</i>	-.687**	-.659**	-.402**	-.548**
	<i>p</i>	.000	.000	.003	.000

*: $p<.05$, **: $p<.01$

Kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme ölçeği ve öz kontrol-özyönetim ölçeği arasında ne yönde ve nasıl bir ilişki olduğunu tespit edebilmek amacıyla bir dizi Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Yapılan analizlere ilişkin sonuçları Tablo 7'den inceleyebilirsiniz.

Kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-öz yönetim puanları ile aile değerlendirmesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve güçlü düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($r=-.725, p<.01$). Benzer şekilde, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-öz yönetim puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve güçlü düzeyde bir ilişki vardır ($r=-.679, p<.01$). Kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-öz yönetim puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini değerlendirme alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki görülmektedir ($r=-.453, p<.01$). Son olarak, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-öz yönetim puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve güçlü düzeyde bir ilişki gözlenmektedir ($r=-.569, p<.01$).

Kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin problem çözme alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($r=-.473, p<.01$). Benzer şekilde, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin problem çözme alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki vardır ($r=-.364, p<.01$). Kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin problem çözme alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki görülmektedir ($r=-.372, p<.01$). Son olarak, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin problem çözme alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki gözlenmektedir ($r=-.386, p<.01$).

Kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin iletişim alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve güçlü düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($r=-.657, p<.01$). Benzer şekilde, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin iletişim alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve güçlü düzeyde bir ilişki vardır ($r=-.599, p<.01$). Kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin iletişim alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini

değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki görülmektedir ($r=-.344, p<.01$). Son olarak, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin iletişim alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve güçlü düzeyde bir ilişki gözlenmektedir ($r=-.600, p<.01$).

Kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin roller alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve güçlü düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($r=-.736, p<.01$). Benzer şekilde, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin roller alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve güçlü düzeyde bir ilişki vardır ($r=-.714, p<.01$). Kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin roller alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki görülmektedir ($r=-.441, p<.01$). Son olarak, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin roller alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve güçlü düzeyde bir ilişki gözlenmektedir ($r=-.567, p<.01$).

Kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin duygusal tepki verebilme alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve güçlü düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($r=-.729, p<.01$). Benzer şekilde, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin duygusal tepki verebilme alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve güçlü düzeyde bir ilişki vardır ($r=-.718, p<.01$). Kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin duygusal tepki verebilme alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki görülmektedir ($r=-.426, p<.01$). Son olarak, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin duygusal tepki verebilme alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve güçlü düzeyde bir ilişki gözlenmektedir ($r=-.560, p<.01$).

Kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin gereken ilgiyi

gösterme alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve güçlü düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($r=-.509$, $p<.01$). Benzer şekilde, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin gereken ilgiyi gösterme alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve güçlü düzeyde bir ilişki vardır ($r=-.543$, $p<.01$). Kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin gereken ilgiyi gösterme alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki görülmektedir ($r=-.315$, $p<.05$). Son olarak, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin gereken ilgiyi gösterme alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki gözlenmektedir ($r=-.325$, $p<.05$).

Kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin davranış kontrolü alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve güçlü düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($r=-.616$, $p<.01$). Benzer şekilde, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin davranış kontrolü alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve güçlü düzeyde bir ilişki vardır ($r=-.541$, $p<.01$). Kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin davranış kontrolü alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki görülmektedir ($r=-.475$, $p<.01$). Son olarak, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin davranış kontrolü alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki gözlenmektedir ($r=-.432$, $p<.01$).

Kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin genel işlevler alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve güçlü düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($r=-.687$, $p<.01$). Benzer şekilde, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin genel işlevler alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve güçlü düzeyde bir ilişki vardır ($r=-.659$, $p<.01$). Kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-öz yönetim

ölçeğinin genel işlevler alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki görülmektedir ($r=-.402, p<.01$). Son olarak, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-öz yönetim ölçeğinin genel işlevler alt boyutu puanları ile aile değerlendirmesi ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve güçlü düzeyde bir ilişki gözlenmektedir ($r=-.548, p<.01$).

Aile Değerlendirme Ölçeği ve Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Demografik Özellikler ile İlişkisinin İncelenmesi

Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi

Tablo 8.

Sağlıklı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Cinsiyete Göre T Testi Sonuçları

		N	X	Ss	t	p
Öz Kontrol-Özyönetim	Kadın	205	60.71	11.64	.679	.498
	Erkek	92	59.7	12.33		
Kendini Ayarlama	Kadın	205	24.22	4.51	-.677	.499
	Erkek	92	24.6	4.55		
Kendini Değerlendirme	Kadın	205	17.38	5.3	1.277	.203
	Erkek	92	16.48	6.1		
Kendini Pekiştirme	Kadın	205	19.11	4.46	.842	.400
	Erkek	92	18.6	5.36		

Sağlıklı bireylerde Öz kontrol-Özyönetim ölçeği toplam puanının ve alt boyutlarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek için bir dizi t-testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre sağlıklı bireylerin özdenetim-özyönetim puan ortalamaları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemiştir, $t(295)=.679, p>.05$.

Benzer şekilde, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanlarının ortalamaları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmamaktadır, $t(295)=-.677, p>.05$. Ve sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini değerlendirme alt boyutu puanlarının ortalamaları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmamaktadır, $t(295)=1.277, p>.05$.

Son olarak, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanlarının ortalamaları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmamaktadır, $t(295) = .842, p > .05$.

Tablo 9.

Kumar Bağımlısı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Cinsiyete Göre T Testi Sonuçları

		N	X	Ss	t	p
Öz Kontrol- Özyönetim	Kadın	30	41.93	17.21	-1.449	.154
	Erkek	22	48.86	16.81		
Kendini Ayarlama	Kadın	30	15.03	7.59	-2.217	.031
	Erkek	22	19.86	7.97		
Kendini Değerlendirme	Kadın	30	13.5	6.88	.324	.747
	Erkek	22	12.86	7.13		
Kendini Pekiştirme	Kadın	30	13.4	6.88	-1.440	.156
	Erkek	22	16.13	6.61		

Kumar bağımlılarında Öz Kontrol-Öz Yönetim ölçeği ve alt boyutlarındaki toplam puanların cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğini incelemek için bir dizi t-testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, kumar bağımlılarının özdenetim-özyönetim puan ortalamalarında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. $t(50) = -1.449, p > .05$.

Benzer şekilde, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini değerlendirme alt boyutu puanlarının ortalamaları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmamaktadır, $t(50) = .324, p > .05$. Ve, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanlarının ortalamaları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmamaktadır, $t(50) = -1.440, p > .05$.

Ancak, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanlarının ortalamaları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır, $t(50) = -2.217, p < .05$. Dolayısıyla, kumar bağımlısı kadın bireylerin kendini ayarlama puanlarının ortalamaları ($X=15.03$) kumar bağımlısı erkek bireylerin kendini ayarlama puanlarının ortalamalarından ($X=19.86$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Tablo 10.*Sağlıklı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Yaşa Göre ANOVA Sonuçları*

		N	X	Ss	F	p	Fark
Öz Kontrol- Özyönetim	18-24 yaş ₁	169	59.43	12.18	2.516	.058	-
	25-34 yaş ₂	83	60.01	11.68			
	35-40 yaş ₃	15	65.46	7.69			
	41 yaş ve üzeri ₄	30	64.43	11.1			
Kendini Ayarlama	18-24 yaş ₁	169	23.64	4.68	5.043	.002	4>1
	25-34 yaş ₂	83	24.6	4.4			
	35-40 yaş ₃	15	26.2	2.59			
	41 yaş ve üzeri ₄	30	26.63	3.64			
Kendini Değerlendirme	18-24 yaş ₁	169	17.02	5.68	1.343	.260	-
	25-34 yaş ₂	83	16.51	5.54			
	35-40 yaş ₃	15	17.86	3.81			
	41 yaş ve üzeri ₄	30	18.8	5.59			
Kendini Pekiştirme	18-24 yaş ₁	169	18.76	4.61	1.422	.237	-
	25-34 yaş ₂	83	18.89	4.9			
	35-40 yaş ₃	15	21.4	3.45			
	41 yaş ve üzeri ₄	30	19.0	5.54			

Sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının yaşa göre farklılaşıp farklılaşmadığı, bir dizi tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanları, yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(3,293)= 2.516, p>.05$.

Benzer şekilde, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini değerlendirme alt boyutu puanları da yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(3,293)= 1.343, p>.05$. Ve, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları da yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(3,293)= 1.422, p>.05$.

Ancak, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini ayarlama

alt boyutu puanları, yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır $F(3,293)=5.043, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, 18-24 yaş aralığında bulunan sağlıklı bireylerin kendini ayarlama puanı ortalamaları ($X=23.64$), 41 yaş ve üzerinde bulunan sağlıklı bireylerin kendini ayarlama puanı ortalamalarından ($X=26.63$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Tablo 11.

Kumar Bağımlısı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Yaşa Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Öz Kontrol- Özyönetim	18-24 yaş ₁	7	42.14	9.56	.384	.765	-
	25-34 yaş ₂	12	48.25	21.84			
	35-40 yaş ₃	6	39.66	10.98			
	41 yaş ve üzeri ₄	27	45.22	17.95			
Kendini Ayarlama	18-24 yaş ₁	7	18.28	4.71	.449	.719	-
	25-34 yaş ₂	12	18.66	9.08			
	35-40 yaş ₃	6	14.33	9.56			
	41 yaş ve üzeri ₄	27	16.66	8.12			
Kendini Değerlendirme	18-24 yaş ₁	7	8.14	3.23	1.795	.161	-
	25-34 yaş ₂	12	13.5	8.69			
	35-40 yaş ₃	6	16.33	6.34			
	41 yaş ve üzeri ₄	27	13.74	6.51			
Kendini Pekiştirme	18-24 yaş ₁	7	15.71	5.28	1.660	.188	-
	25-34 yaş ₂	12	16.08	5.4			
	35-40 yaş ₃	6	9.0	7.34			
	41 yaş ve üzeri ₄	27	14.81	7.34			

Kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının yaşa göre farklılaşıp farklılaşmadığı, bir dizi tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanları, yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık

göstermemektedir, $F(3,48)= .384, p>.05$.

Benzer şekilde, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları, yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmamaktadır $F(3,48)= .449, p>.05$. Ve, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini değerlendirme alt boyutu puanları da yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(3,48)= 1.795, p>.05$. Son olarak, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları da yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(3,48)= 1.660, p>.05$.

Tablo 12.

Sağlıklı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Sosyal Güvencelerine Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Öz Kontrol- Özyönetim	Özel sigorta ₁	19	62.05	8.23	3.383	.019	2>4
	SGK ₂	120	61.75	11.64			
	Aileden yararlanma ₃	127	60.35	12.23			
	Yok ₄	31	54.38	11.48			
	Özel sigorta ₁	19	25.84	3.46	2.278	.080	-
Kendini Ayarlama	SGK ₂	120	24.88	4.37			
	Aileden yararlanma ₃	127	23.84	4.64			
	Yok ₄	31	23.38	4.82			
	Özel sigorta ₁	19	16.89	4.37	2.287	.079	-
	SGK ₂	120	17.35	5.82			
Kendini Değerlendirme	Aileden yararlanma ₃	127	17.45	5.3			
	Yok ₄	31	14.67	5.9			
	Özel sigorta ₁	19	19.31	3.43	3.868	.010	4<2,3
	SGK ₂	120	19.51	4.74			
	Aileden yararlanma ₃	127	19.01	4.62			
Kendini Pekiştirme	Yok ₄	31	16.32	5.38			

Sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının sosyal güvence türüne göre farklılaşıp farklılaşmadığı, bir dizi tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanları, sosyal güvencelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(3,293)= 3.383, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, SGK'sı bulunan sağlıklı öz kontrol-özyönetim puanı ortalamaları ($X=61.75$), sosyal güvencesi bulunmayan sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanı ortalamalarından ($X=54.38$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Benzer şekilde, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları da sosyal güvence türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(3,293)= 3.868, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, sosyal güvencesi bulunmayan sağlıklı bireylerin kendini pekiştirme puanı ortalamaları ($X=16.32$), SGK'sı bulunan sağlıklı kendini pekiştirme puanı ortalamalarından ($X=19.51$) ve sosyal güvence olarak ailesinden yararlanan sağlıklı kendini pekiştirme puanı ortalamalarından ($X=19.01$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Ancak, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları, sosyal güvence türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmamaktadır $F(3,293)= 2.278, p>.05$. Ve, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini değerlendirme alt boyutu puanları da sosyal güvence türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(3,293)= 2.287, p>.05$.

Tablo 13.

Kumar Bağımlısı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Sosyal Güvencelerine Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Öz Kontrol- Özyönetim	Özel sigorta ₁	21	40.23	10.47	1.672	.185	-
	SGK ₂	21	49.14	21.71			
	Aileden	8	41.75	15.52			
	yararlanma ₃	2	61.0	19.79			
	Yok ₄						
Kendini Ayarlama	Özel sigorta ₁	21	14.47	5.93	2.405	.079	-
	SGK ₂	21	18.9	9.61			
	Aileden	8	16.5	6.63			
	yararlanma ₃	2	27.5	3.53			
	Yok ₄						
Kendini Değerlendirme	Özel sigorta ₁	21	12.85	5.69	1.059	.375	-
	SGK ₂	21	14.9	8.09			
	Aileden	8	9.87	4.42			
	yararlanma ₃	2	13.0	14.14			
	Yok ₄						
Kendini Pekiştirme	Özel sigorta ₁	21	12.9	5.36	1.042	.382	-
	SGK ₂	21	15.33	8.44			
	Aileden	8	15.37	5.78			
	yararlanma ₃	2	20.5	2.12			
	Yok ₄						

Kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının sosyal güvence türüne göre farklılaşıp farklılaşmadığı, bir dizi tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanları, sosyal güvencelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(3,48)= 1.672, p>.05$.

Benzer şekilde, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları, sosyal güvence türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmamaktadır $F(3,48)=2.405, p>.05$. Ve, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini değerlendirme alt boyutu puanları da sosyal güvence türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir,

$F(3,48)=1.059, p>.05$. Son olarak, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları da sosyal güvence türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(3,48)=1.042, p>.05$.

Tablo 14.

Sağlıklı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Medeni Durumlarına Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Öz Kontrol-Özyönetim	Evli ₁	48	64.79	10.04	5.267	.006	1>2
	Bekar ₂	240	59.33	12.04			
	Boşanmış ₃	9	65.55	9.42			
Kendini Ayarlama	Evli ₁	48	26.64	3.61	8.767	.000	1>2
	Bekar ₂	240	23.82	4.58			
	Boşanmış ₃	9	25.88	3.05			
Kendini Değerlendirme	Evli ₁	48	18.2	4.94	2.40	.092	-
	Bekar ₂	240	16.78	5.67			
	Boşanmış ₃	9	19.77	4.94			
Kendini Pekiştirme	Evli ₁	48	19.93	4.96	1.480	.229	-
	Bekar ₂	240	18.72	4.68			
	Boşanmış ₃	9	19.88	5.44			

Sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının medeni durumu (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanları, medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(2,294)= 5.267, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, evli ve sağlıklı öz kontrol-özyönetim puanı ortalamaları ($X=64.79$), bekar ve sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanı ortalamalarından ($X=59.33$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Benzer şekilde, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları da medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(2,294)=8.767, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, evli ve sağlıklı bireylerin kendini ayarlama puanı ortalamaları ($X=26.64$) bekar ve sağlıklı kendini ayarlama puanı ortalamalarından

($X=23.82$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Ancak, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini değerlendirme alt boyutu puanları, medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmamaktadır $F(2,294)=2.400, p>.05$. ve, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini değerlendirme alt boyutu puanları da medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(2,294)=1.480, p>.05$.

Tablo 15.

Kumar Bağımlısı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Medeni Durumlarına Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Öz Kontrol-Özyönetim	Evli ₁	21	46.8	15.12	.749	.478	-
	Bekar ₂	22	45.59	18.84			
	Boşanmış ₃	9	38.55	18.21			
Kendini Ayarlama	Evli ₁	21	17.0	7.14	1.263	.292	-
	Bekar ₂	22	18.59	8.63			
	Boşanmış ₃	9	13.55	8.36			
Kendini Değerlendirme	Evli ₁	21	14.52	6.72	.681	.511	-
	Bekar ₂	22	12.04	7.36			
	Boşanmış ₃	9	13.11	6.48			
Kendini Pekiştirme	Evli ₁	21	15.28	6.83	.835	.440	-
	Bekar ₂	22	14.95	6.24			
	Boşanmış ₃	9	11.88	8.32			

Kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının medeni durumu analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanları, medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(2,49)=.749, p>.05$.

Benzer şekilde, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları da medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(2,49)=1.263, p>.05$. Ve kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini değerlendirme alt boyutu puanları, medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmamaktadır $F(2,49)=.681, p>.05$. Son olarak, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin

kendini değerlendirme alt boyutu puanları da medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(2,49)=.835$, $p>.05$.

Tablo 16.

Sağlıklı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Alkol Kullanımına Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Öz Kontrol-Özyönetim	Yok ₁	105	60.2	12.69	2.023	.111	-
	Nadiren ₂	112	61.99	11.08			
	Haftada 1 kadeh ₃	59	59.5	10.46			
	Günde 1 kadeh ₄	21	55.47	14.08			
	Yok ₁	105	24.45	5.0			
Kendini Ayarlama	Nadiren ₂	112	24.89	3.79			
	Haftada 1 kadeh ₃	59	23.74	4.18			
	Günde 1 kadeh ₄	21	22.52	5.93			
	Yok ₁	105	17.01	5.55	1.793	.149	-
Kendini Değerlendirme	Nadiren ₂	112	17.9	5.42			
	Haftada 1 kadeh ₃	59	16.33	5.67			
	Günde 1 kadeh ₄	21	15.42	5.8			
	Yok ₁	105	18.72	5.17			
Kendini Pekiştirme	Nadiren ₂	112	19.19	4.66			
	Haftada 1 kadeh ₃	59	19.42	4.1			
	Günde 1 kadeh ₄	21	17.52	4.81			

Sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının alkol kullanımı (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanları, alkol kullanımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(3,293)= 2.023$, $p>.05$.

Benzer şekilde, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları da alkol kullanımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(3,293)= 2.074$, $p>.05$. Ve sağlıklı bireylerin öz

kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini değerlendirme alt boyutu puanları, alkol kullanımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmamaktadır $F(3,293)= 1.793$, $p>.05$. Son olarak, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları da alkol kullanımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(3,293)= 1.002$, $p>.05$.

Tablo 17.

Kumar Bağımlısı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Alkol Kullanımına Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Öz Kontrol- Özyönetim	Yok ₁	5	45.8	19.09	.482	.696	-
	Nadiren ₂	16	48.43	17.11			
	Haftada 1	12	45.25	16.23			
	kadeh ₃	19	41.36	18.16			
	Günde 1 kadeh ₄						
Kendini Ayarlama	Yok ₁	5	21.0	6.89	2.113	.111	-
	Nadiren ₂	16	19.18	8.41			
	Haftada 1	12	18.08	7.39			
	kadeh ₃	19	13.63	7.7			
	Günde 1 kadeh ₄						
Kendini Değerlendirme	Yok ₁	5	9.0	7.17	1.039	.384	-
	Nadiren ₂	16	12.56	7.26			
	Haftada 1	12	13.25	6.53			
	kadeh ₃	19	14.89	6.78			
	Günde 1 kadeh ₄						
Kendini Pekiştirme	Yok ₁	5	15.8	6.97	1.006	.398	-
	Nadiren ₂	16	16.68	5.75			
	Haftada 1	12	13.91	7.64			
	kadeh ₃	19	12.84	7.11			
	Günde 1 kadeh ₄						

Kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının alkol kullanımı (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanları, alkol kullanımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(3,48)= .482$, $p>.05$.

Benzer şekilde, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları da alkol kullanımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(3,48)= 2.113, p>.05$. Ve kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini değerlendirme alt boyutu puanları, alkol kullanımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmamaktadır $F(3,48)= 1.039, p>.05$. Son olarak, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları da alkol kullanımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(3,48)= 1.006, p>.05$.

Tablo 18.

Sağlıklı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Sigara Kullanımına Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Öz Kontrol- Özyönetim	Kullanmıyorum ₁	123	60.4	11.4	2.385	.051	4>3
	Bıraktım ₂	8	60.87	15.36			
	Tek tük ₃	36	57.5	12.02			
	Haftada 1 paket ₄	27	66.4	8.73			
	Günde 1 paket ₅	103	59.8	12.4			
Kendini Ayarlama	Kullanmıyorum ₁	123	24.36	4.61	1.379	.241	-
	Bıraktım ₂	8	25.0	4.17			
	Tek tük ₃	36	23.41	4.6			
	Haftada 1 paket ₄	27	26.0	3.3			
	Günde 1 paket ₅	103	24.15	4.63			
Kendini Değerlendirme	Kullanmıyorum ₁	123	16.85	5.65	1.179	.320	-
	Bıraktım ₂	8	19.0	4.84			
	Tek tük ₃	36	16.58	5.79			
	Haftada 1 paket ₄	27	19.0	4.72			
	Günde 1 paket ₅	103	16.94	5.61			
Kendini Pekiştirme	Kullanmıyorum ₁	123	19.18	4.54	3.251	.012	4>3
	Bıraktım ₂	8	16.87	7.03			
	Tek tük ₃	36	17.5	5.39			
	Haftada 1 paket ₄	27	21.4	3.37			
	Günde 1 paket ₅	103	18.7	4.69			

Sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının sigara kullanımını (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, sağlıklı

bireylerin öz kontrol-özyönetim puanları, sigara kullarımlarına göre istatistiksel olarak marjinal düzeyde anlamlı farklılık göstermektedir, $F(4,292)= 2.385, p=.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, tek tük sigara içen sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanı ortalamaları ($X=57.5$) haftada 1 paket sigara içen sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanı ortalamalarından ($X=66.4$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Benzer şekilde, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları da sigara kullarımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(4,292)= 3.251, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, tek tük sigara içen sağlıklı bireylerin kendini pekiştirme puanı ortalamaları ($X=17.5$) haftada 1 paket sigara içen sağlıklı bireylerin kendini pekiştirme puanı ortalamalarından ($X=21.4$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Ancak, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları da sigara kullarımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(4,292)= 1.379, p>.05$. Ve sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini değerlendirme alt boyutu puanları, sigara kullarımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmamaktadır $F(4,292)= 1,179, p>.05$.

Tablo 19.

Kumar Bağımlısı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Sigara Kullanımına Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Öz Kontrol- Özyönetim	Kullanmıyorum ₁	8	46.5	14.29	.420	.793	-
	Bıraktım ₂	1	44.0	.			
	Tek tük ₃	2	31.0	.00			
	Haftada 1 paket ₄	7	48.85	12.66			
	Günde 1 paket ₅	34	44.5	19.24			
Kendini Ayarlama	Kullanmıyorum ₁	8	20.25	6.58	.817	.521	-
	Bıraktım ₂	1	18.0	.			
	Tek tük ₃	2	9.0	.00			
	Haftada 1 paket ₄	7	16.57	5.53			

	Günde 1 paket ₅	34	16.88	8.88			
Kendini Değerlendirme	Kullanmıyorum ₁	8	10.0	7.07	1.535	.207	-
	Bıraktım ₂	1	11.0	.			
	Tek tük ₃	2	5.0	.00			
	Haftada 1 paket ₄	7	15.42	4.54			
	Günde 1 paket ₅	34	14.08	7.15			
Kendini Pekiştirme	Kullanmıyorum ₁	8	16.25	3.01	.557	.695	-
	Bıraktım ₂	1	15.0	.			
	Tek tük ₃	2	17.0	.00			
	Haftada 1 paket ₄	7	16.85	5.63			
	Günde 1 paket ₅	34	13.52	7.83			

Kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının sigara kullanımı ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanları, sigara kullanımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(4,47)=.420, p>.05$.

Benzer şekilde, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları da sigara kullanımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(4,47)=.817, p>.05$. Ve kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini değerlendirme alt boyutu puanları, sigara kullanımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmamaktadır $F(4,47)=1.535, p>.05$. Son olarak, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları da sigara kullanımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(4,47)=.557, p>.05$.

Tablo 20.

Sağlıklı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Yaşadığı Yere Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Öz Kontrol-Özyönetim	Apartman dairesi ₁	220	60.63	11.69	.251	.778	-
	Misafirhane-otel ₂	16	58.62	12.82			
	Müstakil ev ₃	61	60.03	12.28			

Kendini Ayarlama	Apartman				.910	.404	-
	dairesi ₁	220	24.5	4.49			
	Misafirhane- otel ₂	16	24.75	4.4			
	Müstakil ev ₃	61	23.65	4.65			
Kendini Değerlendirme	Apartman				.852	.427	-
	dairesi ₁	220	17.15	5.53			
	Misafirhane- otel ₂	16	15.37	6.3			
	Müstakil ev ₃	61	17.37	5.53			
Kendini Pekiştirme	Apartman				.078	.925	-
	dairesi ₁	220	18.97	4.76			
	Misafirhane- otel ₂	16	18.5	5.6			
	Müstakil ev ₃	61	19.0	4.6			

Sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının yaşadıkları yere göre değerlendirmek amacıyla (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanları, yaşadıkları yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(2,294)=.251, p>.05$.

Benzer şekilde, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları da yaşadıkları yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(2,294)=.910, p>.05$. Ve sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini değerlendirme alt boyutu puanları, yaşadıkları yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmamaktadır $F(2,294)=.852, p>.05$. Son olarak, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları da yaşadıkları yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(2,294)=.078, p>.05$.

Tablo 21.

Kumar Bağımlısı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Yaşadığı Yere Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Öz Kontrol-	Apartman	34	44.44	19.44	.058	.810	-

Özyönetim	dairesi ₁	18	45.66	12.46			
	Müstakil ev ₂						
Kendini	Apartman	34	17.5	8.7	.267	.608	-
Ayarlama	dairesi ₁	18	16.27	6.82			
	Müstakil ev ₂						
Kendini	Apartman	34	12.47	7.59	1.187	.281	-
Değerlendirme	dairesi ₁	18	14.66	5.34			
	Müstakil ev ₂						
Kendini	Apartman	34	14.47	7.35	.016	.901	-
Pekiştirme	dairesi ₁	18	14.72	5.94			
	Müstakil ev ₂						

Kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının yaşadıkları yere göre değerlendirmek amacıyla (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanları, yaşadıkları yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(1,50) = .058, p > .05$.

Benzer şekilde, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları da yaşadıkları yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(1,50) = .267, p > .05$. Ve kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini değerlendirme alt boyutu puanları, yaşadıkları yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmamaktadır $F(1,50) = 1.187, p > .05$. Son olarak, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları da yaşadıkları yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(1,50) = .016, p > .05$.

Tablo 22.

Sağlıklı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Kaldığı Yere Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Öz Kontrol-Özyönetim	Kendisine ait ₁	55	62.98	11.47	1.732	.179	-
	Ailesine ait ₂	114	59.41	12.2			
	Kira ₃	128	60.17	11.61			
Kendini	Kendisine ait ₁	55	25.61	4.15	3.689	.026	1>2

Ayarlama	Ailesine ait ₂	114	23.63	4.58			
	Kira ₃	128	24.42	4.51			
Kendini Değerlendirme	Kendisine ait ₁	55	17.89	5.69	.673	.511	-
	Ailesine ait ₂	114	16.9	5.6			
Kendini Pekiştirme	Kira ₃	128	16.94	5.49			
	Kendisine ait ₁	55	19.47	4.95	.403	.669	-
	Ailesine ait ₂	114	18.87	4.74			
	Kira ₃	128	18.8	4.71			

Sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının kaldıkları yerin kime ait olduğu değerlendirmek amacıyla (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanları, kaldıkları yerin kime ait olduğuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(2,294)= 1.732, p>.05$.

Benzer şekilde, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini değerlendirme alt boyutu puanları, kaldıkları yerin kime ait olduğuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmamaktadır $F(2,294)= .673, p>.05$. Ve, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları da kaldıkları yerin kime ait olduğuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(2,294)= .403, p>.05$.

Ancak, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları kaldıkları yerin kime ait olduğuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır, $F(2,294)= 3.689, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, kendisine ait yerde yaşayan sağlıklı bireylerin kendini ayarlama puanı ortalamaları ($X=25.61$) ailesine ait yerde yaşayan sağlıklı bireylerin kendini ayarlama puanı ortalamalarından ($X=23.63$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Tablo 23.

Kumar Bağımlısı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Kaldığı Yere Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Öz Kontrol-Özyönetim	Kendisine ait ₁	31	42.87	16.66	1.454	.243	-
	Ailesine ait ₂	7	55.0	17.97			

	Kira ₃	14	44.21	17.57			
Kendini Ayarlama	Kendisine ait ₁	31	16.61	8.1	.634	.535	-
	Ailesine ait ₂	7	20.28	6.23			
	Kira ₃	14	16.5	8.86			
Kendini Değerlendirme	Kendisine ait ₁	31	12.54	6.61	.967	.387	-
	Ailesine ait ₂	7	16.57	6.45			
	Kira ₃	14	13.07	7.8			
Kendini Pekiştirme	Kendisine ait ₁	31	13.7	6.74	1.210	.307	-
	Ailesine ait ₂	7	18.14	6.91			
	Kira ₃	14	14.64	6.92			

Kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının kaldıkları yerin kime ait olduğuna göre değerlendirmek amacıyla (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanları, kaldıkları yerin kime ait olduğuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(2,49)= 1.454, p>.05$.

Benzer şekilde, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları da kaldıkları yerin kime ait olduğuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(2,49)= .634, p>.05$. Ve kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini değerlendirme alt boyutu puanları, kaldıkları yerin kime ait olduğuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmamaktadır $F(2,49)= .967, p>.05$. Son olarak, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları da kaldıkları yerin kime ait olduğuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(2,49)= 1.210, p>.05$.

Tablo 24.

Sağlıklı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Kiminle Yaşadığına Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Öz Kontrol-Özyönetim	Tek başına ₁	62	59.67	12.03	2.664	.033	3>5
	Eşiyle ₂	16	63.43	9.15			
	Eşi ve	34	65.61	10.64			
	çocuklarıyla ₃	63	60.8	11.23			
	Arkadaşlarıyla ₄	122	58.71	12.34			

		Ailesiyle ₅					
Kendini Ayarlama	Tek başına ₁	62	23.66	4.72	5.528	.000	3>1,5
	Eşiyle ₂	16	25.56	3.72			
	Eşi ve	34	27.23	3.42			
	çocuklarıyla ₃	63	24.71	3.62			
	Arkadaşıyla ₄	122	23.53	4.85			
	Ailesiyle ₅						
Kendini Değerlendirme	Tek başına ₁	62	16.9	6.31	.737	.567	-
	Eşiyle ₂	16	17.75	4.56			
	Eşi ve	34	18.52	5.17			
	çocuklarıyla ₃	63	17.0	5.23			
	Arkadaşıyla ₄	122	16.77	5.57			
	Ailesiyle ₅						
Kendini Pekiştirme	Tek başına ₁	62	19.11	4.18	.986	.415	-
	Eşiyle ₂	16	20.12	4.06			
	Eşi ve	34	19.85	5.39			
	çocuklarıyla ₃	63	19.09	4.57			
	Arkadaşıyla ₄	122	18.4	5.01			
	Ailesiyle ₅						

Sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının kiminle yaşadığına göre değerlendirmek amacıyla (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanları, kiminle yaşadığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(4,292)= 2.664, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, eşi ve çocuklarıyla yaşayan sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanı ortalamaları ($X=65.61$) ailesiyle sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanı ortalamalarından ($X=58.71$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Benzer şekilde, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları kiminle yaşadığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır, $F(4,292)= 5.528, p<.01$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, eşi ve çocuklarıyla yaşayan sağlıklı bireylerin kendini ayarlama puanı

ortalamaları ($X=27.23$), tek başına yaşayan sağlıklı bireylerin kendini ayarlama puanı ortalamalarından ($X=23.66$) ve ailesiyle sağlıklı bireylerin kendini ayarlama puanı ortalamalarından ($X=23.53$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Ancak, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini değerlendirme alt boyutu puanları, kiminle yaşadığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmamaktadır $F(4,292)=.737, p>.05$. Ve, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları da kiminle yaşadığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(4,292)=.986, p>.05$.

Tablo 25.

Kumar Bağımlısı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Kiminle Yaşadığına Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Öz Kontrol- Özyönetim	Tek başına ₁	14	46.28	21.88	.226	.922	-
	Eşiyle ₂	8	43.37	18.88			
	Eşi ve	14	47.21	13.74			
	çocuklarıyla ₃	12	43.41	16.62			
	Arkadaşlarıyla ₄	4	39.0	14.51			
	Ailesiyle ₅						
Kendini Ayarlama	Tek başına ₁	14	19.21	9.87	.334	.854	-
	Eşiyle ₂	8	15.87	9.34			
	Eşi ve	14	16.42	7.25			
	çocuklarıyla ₃	12	16.16	7.39			
	Arkadaşlarıyla ₄	4	17.0	4.16			
	Ailesiyle ₅						
Kendini Değerlendirme	Tek başına ₁	14	13.28	7.02	.871	.488	-
	Eşiyle ₂	8	14.87	9.17			
	Eşi ve	14	15.07	5.69			
	çocuklarıyla ₃	12	10.91	7.26			
	Arkadaşlarıyla ₄	4	10.25	3.94			
	Ailesiyle ₅						
Kendini Pekiştirme	Tek başına ₁	14	13.78	6.87	.657	.625	-
	Eşiyle ₂	8	12.62	9.98			

Eşi ve	14	15.71	5.62
çocuklarıyla ₃	12	16.33	5.88
Arkadaşlarıyla ₄	4	11.75	7.22
Ailesiyle ₅			

Kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının kiminle yaşadığına göre değerlendirmek amacıyla (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanları, kiminle yaşadığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(4,47)= .226, p>.05$.

Benzer şekilde, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları da kiminle yaşadığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(4,47)= .334, p>.05$. Ve kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini değerlendirme alt boyutu puanları, kiminle yaşadığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmamaktadır $F(4,47)= .871, p>.05$. Son olarak, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları da kiminle yaşadığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(4,47)= .657, p>.05$.

Tablo 26.

Sağlıklı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Eğitim Düzeyine Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Öz Kontrol- Özyönetim	İlkokul-	2	67.0	.00	6.665	.000	3<2,4
	ortaokul ₁	22	65.72	10.87			
	Lise ₂	196	58.28	12.16			
	Lisans ₃	77	64.11	9.98			
	Lisansüstü ₄						
Kendini Ayarlama	İlkokul-	2	29.5	.70	8.731	.000	3<2,4
	ortaokul ₁	22	26.86	3.84			
	Lise ₂	196	23.45	4.71			
	Lisans ₃	77	25.74	3.45			
	Lisansüstü ₄						
Kendini	İlkokul-	2	13.5	2.12	5.220	.002	3<4

Değerlendirme	ortaokul ₁	22	19.22	4.59			
	Lise ₂	196	16.26	5.64			
	Lisans ₃	77	18.72	5.19			
	Lisansüstü ₄						
Kendini Pekiştirme	İlkokul-ortaokul ₁	2	24.0	1.41	1.821	.126	-
	Lise ₂	22	19.63	5.97			
	Lisans ₃	196	18.55	4.73			
	Lisansüstü ₄	77	19.64	4.36			

Sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının eğitim düzeyine göre değerlendirmek amacıyla (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanları, eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(3,293)=6.665, p<.01$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, lisans mezunu sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanı ortalamaları ($X=58.28$), lise mezunu sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanı ortalamalarından ($X=65.72$) ve lisansüstü mezunu sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanı ortalamalarından ($X=64.11$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Benzer şekilde, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır, $F(3,293)=8.731, p<.01$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, lisans mezunu sağlıklı bireylerin kendini ayarlama puanı ortalamaları ($X=23.45$), lise mezunu sağlıklı bireylerin kendini ayarlama puanı ortalamalarından ($X=26.86$) ve lisansüstü mezunu sağlıklı bireylerin kendini ayarlama puanı ortalamalarından ($X=25.74$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Ve, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini değerlendirme alt boyutu puanları, eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır $F(3,293)=5.220, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, lise mezunu sağlıklı bireylerin kendini değerlendirme puanı ortalamaları ($X=19.22$), lisans mezunu sağlıklı bireylerin kendini ayarlama puanı ortalamalarından ($X=16.26$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Ancak, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları da eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(3,293)= 1.921, p>.05$.

Tablo 27.

Kumar Bağımlısı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Eğitim Düzeyine Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Öz Kontrol- Özyönetim	İlkokul-	3	41.33	7.5	2.768	.052	3>2
	ortaokul ₁	10	32.6	13.61			
	Lise ₂	25	50.12	16.24			
	Lisans ₃	14	45.0	19.18			
	Lisansüstü ₄						
Kendini Ayarlama	İlkokul-	3	14.0	3.46	1.576	.207	-
	ortaokul ₁	10	13.4	6.05			
	Lise ₂	25	19.32	8.14			
	Lisans ₃	14	16.35	9.05			
	Lisansüstü ₄						
Kendini Değerlendirme	İlkokul-	3	15.66	7.5	1.102	.358	-
	ortaokul ₁	10	10.0	2.9			
	Lise ₂	25	14.4	6.87			
	Lisans ₃	14	12.92	8.61			
	Lisansüstü ₄						
Kendini Pekiştirme	İlkokul-	3	11.66	11.54	3.374	.026	3>2
	ortaokul ₁	10	9.2	5.97			
	Lise ₂	25	16.4	5.87			
	Lisans ₃	14	15.71	6.53			
	Lisansüstü ₄						

Kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının eğitim düzeyine göre değerlendirmek amacıyla (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanları, eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak marjinal düzeyde anlamlı farklılık göstermektedir, $F(3,48)= 2.768, p=.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, lisans mezunu kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanı

ortalamaları ($X=50.12$), lise mezunu kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanı ortalamalarından ($X=32.6$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Benzer şekilde, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları da eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(3,48)= 3.374, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, lisans mezunu kumar bağımlısı bireylerin kendini pekiştirme puanı ortalamaları ($X=16.4$), lise mezunu kumar bağımlısı bireylerin kendini pekiştirme puanı ortalamalarından ($X=9.2$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Ancak, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmamaktadır, $F(3,48)= 1.576, p>.05$. Ve, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini değerlendirme alt boyutu puanları, eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmamaktadır $F(3,48)= 1.102, p>.05$.

Tablo 28.

Sağlıklı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin İşinin Türüne Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Öz Kontrol-Özyönetim	Çalışmıyor ₁	21	63.52	9.94	2.495	.060	-
	Öğrenci ₂	165	58.98	12.24			
	Masa başı iş ₃	87	61.13	11.07			
	Bedensel iş ₄	24	64.75	12.18			
Kendini Ayarlama	Çalışmıyor ₁	21	25.95	3.47	5.331	.001	2<4
	Öğrenci ₂	165	23.54	4.62			
	Masa başı iş ₃	87	24.81	4.2			
	Bedensel iş ₄	24	26.7	4.54			
Kendini Değerlendirme	Çalışmıyor ₁	21	17.52	5.7	.393	.758	-
	Öğrenci ₂	165	16.91	5.64			
	Masa başı iş ₃	87	17.06	5.29			
	Bedensel iş ₄	24	18.16	6.1			
Kendini Pekiştirme	Çalışmıyor ₁	21	20.04	5.03	1.227	.300	-
	Öğrenci ₂	165	18.52	4.77			

Masa başı iş ₃	87	19.25	4.44
Bedensel iş ₄	24	19.87	5.47

Sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının işinin türüne göre değerlendirmek amacıyla (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanları, işinin türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(3,293)= 2.495, p>.05$.

Benzer şekilde, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini değerlendirme alt boyutu puanları işinin türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmamaktadır, $F(3,293)= .393, p>.05$. Ve, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları, eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmamaktadır $F(3,293)= 1.227, p>.05$.

Ancak, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları işinin türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(3,293)= 5.331, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, öğrenci olan sağlıklı bireylerin kendini ayarlama puanı ortalamaları ($X=23.54$), bedensel işte çalışan sağlıklı bireylerin kendini ayarlama puanı ortalamalarından ($X=26.7$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Tablo 29.

Kumar Bağımlısı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin İşinin Türüne Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Öz Kontrol- Özyönetim	Çalışmıyor ₁	9	40.44	18.22	.751	.527	-
	Öğrenci ₂	5	51.4	14.57			
	Masa başı iş ₃	26	46.92	16.08			
	Bedensel iş ₄	12	41.0	20.19			
Kendini Ayarlama	Çalışmıyor ₁	9	16.77	7.98	.473	.703	-
	Öğrenci ₂	5	21.2	6.14			
	Masa başı iş ₃	26	16.69	8.61			
	Bedensel iş ₄	12	16.41	7.95			
Kendini Değerlendirme	Çalışmıyor ₁	9	12.0	7.07	.861	.468	-
	Öğrenci ₂	5	10.6	7.79			

	Masa başı iş ₃	26	14.73	6.98			
	Bedensel iş ₄	12	12.0	6.45			
	Çalışmıyor ₁	9	11.66	6.92	2.060	.118	-
Kendini	Öğrenci ₂	5	19.6	2.79			
Pekiştirme	Masa başı iş ₃	26	15.5	6.29			
	Bedensel iş ₄	12	12.58	8.02			

Kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının işinin türüne göre değerlendirmek amacıyla (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanları, işinin türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(3,48) = .751, p > .05$.

Benzer şekilde, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları da işinin türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(3,48) = .473, p > .05$. Ve kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini değerlendirme alt boyutu puanları, işinin türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmamaktadır $F(3,48) = .861, p > .05$. Son olarak, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları da işinin türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(3,48) = 2.060, p > .05$.

Tablo 30.

Sağlıklı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Gelir Düzeyine Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
	Asgari ücretten az ₁	94	58.74	11.91	2.093	.082	-
	Asgari ücret ₂	78	60.8	11.78			
	Asgari ücretin 2	67	59.19	11.36			
Öz Kontrol- Özyönetim	katı ₃	33	63.06	12.64			
	Asgari ücretin 3	25	65.12	10.95			
	katı ₄						
	Asgari ücretin 3						
	katından fazla ₅						
Kendini	Asgari ücretten az ₁	94	23.93	4.66	.479	.751	-
Ayarlama	Asgari ücret ₂	78	24.44	4.38			

	Asgari ücretin 2	67	24.25	4.61			
	kat ₃	33	24.96	4.48			
	Asgari ücretin 3	25	24.96	4.34			
	kat ₄						
	Asgari ücretin 3						
	katından fazla ₅						
	Asgari ücretten az ₁	94	16.67	5.69	1.480	.208	-
	Asgari ücret ₂	78	17.05	5.74			
	Asgari ücretin 2	67	16.53	5.12			
Kendini	kat ₃	33	17.96	5.49			
Değerlendirme	Asgari ücretin 3	25	19.28	5.54			
	kat ₄						
	Asgari ücretin 3						
	katından fazla ₅						
	Asgari ücretten az ₁	94	18.13	5.21	2.595	.037	-
	Asgari ücret ₂	78	19.3	4.31			
	Asgari ücretin 2	67	18.4	4.82			
Kendini	kat ₃	33	20.12	4.68			
Pekiştirme	Asgari ücretin 3	25	20.88	3.38			
	kat ₄						
	Asgari ücretin 3						
	katından fazla ₅						

Sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının gelir düzeyine göre değerlendirmek amacıyla (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanları, gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(4,292)=2.093, p>.05$.

Benzer şekilde, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmamaktadır, $F(4,292)=.479, p>.05$. Ve, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini değerlendirme alt boyutu puanları, gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmamaktadır $F(4,292)=1.480, p>.05$.

Ancak, sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık

göstermektedir, $F(4,292)= 2.595$, $p<.05$. Anlamli farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre ise herhangi iki grup arasında anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır.

Tablo 31.

Kumar Bağımlısı Bireylerde Öz Kontrol-Özyönetim Ölçeğinin Gelir Düzeyine Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Öz Kontrol- Özyönetim	Asgari ücretten az ₁	2	61.0	19.79	3.397	.016	-
	Asgari ücret ₂	5	33.2	14.65			
	Asgari ücretin 2	11	37.18	14.38			
	katı ₃	13	40.61	17.1			
	Asgari ücretin 3	21	52.76	15.66			
	katı ₄						
	Asgari ücretin 3						
	katından fazla ₅						
	Asgari ücretten az ₁	2	27.5	3.53	1.777	.149	-
	Asgari ücret ₂	5	14.6	6.91			
Kendini Ayarlama	Asgari ücretin 2	11	14.72	5.38			
	katı ₃	13	15.23	7.31			
	Asgari ücretin 3	21	19.04	9.31			
	katı ₄						
	Asgari ücretin 3						
	katından fazla ₅						
	Asgari ücretten az ₁	2	13.0	14.14	3.507	.014	2<5
	Asgari ücret ₂	5	7.2	2.48			
	Asgari ücretin 2	11	10.18	4.04			
	katı ₃	13	12.38	7.7			
Kendini Değerlendirme	Asgari ücretin 3	21	16.8	6.25			
	katı ₄						
	Asgari ücretin 3						
	katından fazla ₅						

	Asgari ücretten az ₁	2	20.5	2.12	1.853	.135	-
	Asgari ücret ₂	5	11.4	6.5			
	Asgari ücretin 2	11	12.27	7.97			
Kendini	katı ₃	13	13.0	5.56			
Pekiştirme	Asgari ücretin 3	21	16.9	6.63			
	katı ₄						
	Asgari ücretin 3						
	katından fazla ₅						

Kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının gelir düzeyine göre değerlendirmek amacıyla (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanları, gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(4,47)= 3.397, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre ise herhangi iki grup arasında anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır.

Benzer şekilde, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini değerlendirme alt boyutu puanları, gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır $F(4,47)= 3.507, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, asgari ücret kazanan kumar bağımlısı bireylerin kendini değerlendirme puanı ortalamaları ($X=7.2$), asgari ücretin 3 katından fazla kazanan kumar bağımlısı bireylerin kendini değerlendirme puanı ortalamalarından ($X=16.8$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Ancak, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini ayarlama alt boyutu puanları da gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(4,47)= 1.777, p>.05$. Ve, kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kendini pekiştirme alt boyutu puanları da gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(4,47)= 1.853, p>.05$.

Aile Değerlendirme Ölçeğinin Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi

Tablo 32.

Sağlıklı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Cinsiyete Göre T Testi Sonuçları

		N	X	Ss	t	p
Aile	Kadın	205	13.89	2.85	-.626	.532

Değerlendirme	Erkek	92	14.12	3.09		
Problem Çözme	Kadın	205	2.05	.69	.685	.494
	Erkek	92	1.99	.66		
İletişim	Kadın	205	1.95	.55	-.261	.794
	Erkek	92	1.97	.62		
Roller	Kadın	205	2.00	.41	-.410	.682
	Erkek	92	2.02	.46		
Duygusal Tepki	Kadın	205	1.79	.66	-2.092	.037
Verebilme	Erkek	92	1.97	.76		
Gereken İlgii	Kadın	205	2.24	.34	-.915	.361
Gösterme	Erkek	92	2.28	.37		
Davranış Kontrolü	Kadın	205	2.06	.34	-.455	.650
	Erkek	92	2.08	.35		
Genel İşlevler	Kadın	205	1.79	.61	-.092	.927
	Erkek	92	1.80	.61		

Sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının cinsiyete göre değerlendirmek amacıyla t testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, sağlıklı bireylerin aile değerlendirme puanlarının ortalamaları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmamaktadır, $t(295) = -.626, p > .05$.

Benzer şekilde, sağlıklı bireylerde aile değerlendirme ölçeğinin problem çözme, iletişim, roller, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutları da cinsiyete göre anlamlı farklılaşmamaktadır.

Ancak, sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin duygusal tepki verebilme alt boyutu puanlarının ortalamaları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır, $t(295) = -2.092, p < .05$. Buna göre, sağlıklı kadın bireylerin duygusal tepki verebilme puanlarının ortalamaları ($X=1.79$) sağlıklı erkek bireylerin duygusal tepki verebilme puanlarının ortalamalarından ($X=1.97$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Tablo 33.

Kumar Bağımlısı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Cinsiyete Göre T Testi Sonuçları

		N	X	Ss	t	p
Aile	Kadın	30	19.53	4.43	2.393	.020

Değerlendirme	Erkek	22	16.99	2.64		
	Kadın	30	3.10	.87	2.838	.007
Problem Çözme	Erkek	22	2.48	.65		
	Kadın	30	2.66	.68	2.066	.044
İletişim	Erkek	22	2.32	.39		
	Kadın	30	2.72	.69	1.845	.071
Roller	Erkek	22	2.40	.50		
	Kadın	30	2.88	.97	1.897	.064
Duygusal Tepki	Erkek	22	2.43	.61		
	Kadın	30	2.66	.49	.765	.448
Verebilme	Erkek	22	2.56	.40		
	Kadın	30	2.63	.36	2.668	.010
Gereken İlgiyi	Erkek	22	2.36	.36		
	Kadın	30	2.87	.86	2.172	.035
Gösterme	Erkek	22	2.42	.52		
	Kadın	30				

Kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının cinsiyete göre değerlendirmek amacıyla t testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme puanlarının ortalamaları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $t(50) = 2.393, p < .05$. Buna göre, kumar bağımlısı kadın bireylerin aile değerlendirme puanlarının ortalamaları ($X=19.53$) kumar bağımlısı erkek bireylerin aile değerlendirme puanlarının ortalamalarından ($X=16.99$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Benzer şekilde, kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin problem çözme alt boyutu puanlarının ortalamaları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır, $t(50) = 2.838, p < .05$. Buna göre, kumar bağımlısı kadın bireylerin problem çözme puanlarının ortalamaları ($X=3.1$) kumar bağımlısı erkek bireylerin problem çözme puanlarının ortalamalarından ($X=2.48$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin iletişim alt boyutu puanlarının ortalamaları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır, $t(50) = 2.066, p < .05$. Buna göre, kumar bağımlısı kadın bireylerin iletişim puanlarının ortalamaları ($X=2.66$) kumar bağımlısı erkek bireylerin iletişim puanlarının

ortalamalarından ($X=2.32$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin davranış kontrolü alt boyutu puanlarının ortalamaları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır, $t(50) = 2.668, p < .05$. Buna göre, kumar bağımlısı kadın bireylerin davranış kontrolü puanlarının ortalamaları ($X=2.63$) kumar bağımlısı erkek bireylerin davranış kontrolü puanlarının ortalamalarından ($X=2.36$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Ek olarak, kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin genel işlevler alt boyutu puanlarının ortalamaları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır, $t(50) = 2.172, p < .05$. Buna göre, kumar bağımlısı kadın bireylerin genel işlevler puanlarının ortalamaları ($X=2.87$) kumar bağımlısı erkek bireylerin genel işlevler puanlarının ortalamalarından ($X=2.42$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Ancak, kumar bağımlısı bireylerde aile değerlendirme ölçeğinin roller, duygusal tepki verebilme ve gereken ilgiyi gösterme alt boyutları cinsiyete göre anlamlı farklılaşmamaktadır.

Tablo 34.

Sağlıklı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Yaşa Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Aile Değerlendirme	18-24 yaş ₁	169	14.18	2.83	2.965	.032	-
	25-34 yaş ₂	83	14.16	3.07			
	35-40 yaş ₃	15	12.84	2.99			
	41 yaş ve üzeri ₄	30	12.74	2.72			
Problem Çözme	18-24 yaş ₁	169	2.08	.67	3.418	.018	-
	25-34 yaş ₂	83	2.10	.68			
	35-40 yaş ₃	15	1.63	.70			
	41 yaş ve üzeri ₄	30	1.81	.64			
İletişim	18-24 yaş ₁	169	2.02	.52	4.627	.004	4<1
	25-34 yaş ₂	83	1.99	.65			
	35-40 yaş ₃	15	1.65	.49			
	41 yaş ve üzeri ₄	30	1.69	.55			

Roller	18-24 yaş ₁	169	2.04	.42	1.857	.137	-
	25-34 yaş ₂	83	2.00	.45			
	35-40 yaş ₃	15	1.96	.44			
	41 yaş ve üzeri ₄	30	1.85	.40			
Duygusal Tepki Verebilme	18-24 yaş ₁	169	1.87	.66	2.997	.031	4<2
	25-34 yaş ₂	83	1.95	.75			
	35-40 yaş ₃	15	1.62	.78			
	41 yaş ve üzeri ₄	30	1.56	.60			
Gereken İlgiyi Gösterme	18-24 yaş ₁	169	2.26	.34	.520	.669	-
	25-34 yaş ₂	83	2.23	.36			
	35-40 yaş ₃	15	2.34	.34			
	41 yaş ve üzeri ₄	30	2.24	.35			
Davranış Kontrolü	18-24 yaş ₁	169	2.06	.36	.433	.729	-
	25-34 yaş ₂	83	2.09	.34			
	35-40 yaş ₃	15	2.09	.23			
	41 yaş ve üzeri ₄	30	2.01	.34			
Genel İşlevler	18-24 yaş ₁	169	1.84	.61	2.268	.081	-
	25-34 yaş ₂	83	1.82	.61			
	35-40 yaş ₃	15	1.54	.64			
	41 yaş ve üzeri ₄	30	1.60	.55			

Sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının yaşa göre değerlendirmek amacıyla (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, sağlıklı bireylerin aile değerlendirme puanları, yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(3,293)= 2.965, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre ise herhangi iki grup arasında anlamlı farklılaşmaya rastlanmamıştır.

Sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin problem çözme alt boyutu puanları da yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(3,293)= 3.418, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre ise herhangi iki grup

arasında anlamlı farklılaşmaya rastlanmamıştır.

Benzer şekilde, sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin iletişim alt boyutu puanları da yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(3,293)= 4.627, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, 18-24 yaş aralığında bulunan sağlıklı bireylerin iletişim puanı ortalamaları ($X=2.02$), 41 yaş ve üzerinde bulunan sağlıklı bireylerin iletişim puanı ortalamalarından ($X=1.68$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin duygusal tepki verebilme alt boyutu puanları da yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(3,293)= 2.997, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, 25-34 yaş aralığında bulunan sağlıklı bireylerin iletişim puanı ortalamaları ($X=1.94$), 41 yaş ve üzerinde bulunan sağlıklı bireylerin iletişim puanı ortalamalarından ($X=1.55$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Ancak, sağlıklı bireylerde aile değerlendirme ölçeğinin roller, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutları yaşa göre anlamlı farklılaşmamaktadır.

Tablo 35.

Kumar Bağımlısı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Yaşa Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Aile Değerlendirme	18-24 yaş ₁	7	17.25	4.07	.310	.818	-
	25-34 yaş ₂	12	18.17	4.90			
	35-40 yaş ₃	6	18.77	1.12			
	41 yaş ve üzeri ₄	27	18.81	3.98			
Problem Çözme	18-24 yaş ₁	7	2.33	.92	1.660	.188	-
	25-34 yaş ₂	12	2.79	.79			
	35-40 yaş ₃	6	2.58	.90			
	41 yaş ve üzeri ₄	27	3.04	.79			
İletişim	18-24 yaş ₁	7	2.25	.68	.822	.488	-
	25-34 yaş ₂	12	2.42	.59			

	35-40 yaş ₃	6	2.63	.26			
	41 yaş ve üzeri ₄	27	2.60	.63			
	18-24 yaş ₁	7	2.49	.66	.090	.965	-
	25-34 yaş ₂	12	2.62	.81			
Roller	35-40 yaş ₃	6	2.67	.12			
	41 yaş ve üzeri ₄	27	2.58	.63			
	18-24 yaş ₁	7	2.52	.95	.170	.916	-
Duygusal Tepki	25-34 yaş ₂	12	2.65	1.05			
Verebilme	35-40 yaş ₃	6	2.86	.27			
	41 yaş ve üzeri ₄	27	2.71	.86			
	18-24 yaş ₁	7	2.82	.45	1.009	.397	-
Gereken İlgiyi	25-34 yaş ₂	12	2.49	.55			
Gösterme	35-40 yaş ₃	6	2.76	.48			
	41 yaş ve üzeri ₄	27	2.60	.40			
	18-24 yaş ₁	7	2.43	.38	.142	.934	-
Davranış	25-34 yaş ₂	12	2.55	.53			
Kontrolü	35-40 yaş ₃	6	2.52	.17			
	41 yaş ve üzeri ₄	27	2.52	.36			
	18-24 yaş ₁	7	2.40	.89	.395	.757	-
	25-34 yaş ₂	12	2.65	.90			
Genel İşlevler	35-40 yaş ₃	6	2.75	.32			
	41 yaş ve üzeri ₄	27	2.75	.75			

Kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının yaşa göre değerlendirmek amacıyla (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme puanları, yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(3,48) = .310, p > .05$.

Benzer şekilde, kumar bağımlısı bireylerde aile değerlendirme ölçeğinin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutları da yaşa göre anlamlı farklılaşmamaktadır.

Tablo 36.

Sağlıklı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Sosyal Güvencelerine Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Aile Değerlendirme	Özel sigorta ₁	19	14.14	3.29	3.585	.014	2<4
	SGK ₂	120	13.35	2.74			
	Aileden yararlanma ₃	127	14.26	2.97			
	Yok ₄	31	14.99	2.84			
Problem Çözme	Özel sigorta ₁	19	2.01	.64	4.228	.006	2<4
	SGK ₂	120	1.91	.61			
	Aileden yararlanma ₃	127	2.07	.69			
	Yok ₄	31	2.38	.77			
İletişim	Özel sigorta ₁	19	1.98	.65	5.690	.001	2<3,4
	SGK ₂	120	1.82	.58			
	Aileden yararlanma ₃	127	2.02	.53			
	Yok ₄	31	2.24	.53			
Roller	Özel sigorta ₁	19	2.00	.47	1.593	.191	-
	SGK ₂	120	1.94	.41			
	Aileden yararlanma ₃	127	2.05	.44			
	Yok ₄	31	2.06	.41			
Duygusal Tepki Verebilme	Özel sigorta ₁	19	1.93	.73	2.785	.041	-
	SGK ₂	120	1.72	.68			
	Aileden yararlanma ₃	127	1.90	.68			
	Yok ₄	31	2.07	.71			
Gereken İlgiyi Gösterme	Özel sigorta ₁	19	2.35	.26	.901	.441	-
	SGK ₂	120	2.25	.36			

Davranış Kontrolü	Aileden yararlanma ₃	127	2.26	.35			
	Yok ₄	31	2.18	.35			
	Özel sigorta ₁	19	2.09	.43	1.207	.381	-
	SGK ₂	120	2.03	.31			
	Aileden yararlanma ₃	127	2.08	.37			
	Yok ₄	31	2.14	.29			
	Özel sigorta ₁	19	1.78	.66	2.463	.063	-
	SGK ₂	120	1.68	.54			
	Aileden yararlanma ₃	127	1.87	.65			
	Yok ₄	31	1.92	.64			

Sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının sosyal güvence türüne göre değerlendirmek amacıyla (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, sağlıklı bireylerin aile değerlendirme puanları, sosyal güvence türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(3,293)= 3.585, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, SGK'sı bulunan sağlıklı aile değerlendirme puanı ortalamaları ($X=13.35$), sosyal güvencesi bulunmayan sağlıklı bireylerin aile değerlendirme puanı ortalamalarından ($X=14.99$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin problem çözme alt boyutu puanları da sosyal güvence türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(3,293)= 4.228, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, SGK'sı bulunan sağlıklı problem çözme puanı ortalamaları ($X=1.91$), sosyal güvencesi bulunmayan sağlıklı bireylerin problem çözme puanı ortalamalarından ($X=2.38$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Benzer şekilde, sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin iletişim alt boyutu puanları da sosyal güvence türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(3,293)= 5.690, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar

arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, SGK'sı bulunan sağlıklı iletişim puanı ortalamaları ($X=1.82$), ailesinin sosyal güvencesinden yararlanan sağlıklı iletişim puanı ortalamaları ($X=2.02$) ve sosyal güvencesi bulunmayan sağlıklı bireylerin iletişim puanı ortalamalarından ($X=2.24$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin duygusal tepki verebilme alt boyutu puanları da sosyal güvence türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(3,293)= 2.785, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre ise herhangi iki grup arasında anlamlı farklılaşmaya rastlanmamıştır.

Ancak, sağlıklı bireylerde aile değerlendirme ölçeğinin roller, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutları sosyal güvence türüne göre anlamlı farklılaşmamaktadır.

Tablo 37.

Kumar Bağımlısı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Sosyal Güvencelerine Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Aile Değerlendirme	Özel sigorta ₁	21	19.80	3.42	3.080	.036	1>4
	SGK ₂	21	17.81	3.80			
	Aileden yararlanma ₃	8	18.19	4.53			
	Yok ₄	2	12.08	1.35			
Problem Çözme	Özel sigorta ₁	21	3.09	.67	2.726	.054	-
	SGK ₂	21	2.77	.88			
	Aileden yararlanma ₃	8	2.69	.91			
	Yok ₄	2	1.50	.24			
İletişim	Özel sigorta ₁	21	2.68	.49	2.955	.042	1>4
	SGK ₂	21	2.51	.56			
	Aileden yararlanma ₃	8	2.36	.76			

	Yok ₄	2	1.50	.39			
	Özel sigorta ₁	21	2.81	.51	3.799	.016	1>4
	SGK ₂	21	2.42	.68			
Roller	Aileden yararlanma ₃	8	2.69	.54			
	Yok ₄	2	1.55	.00			
	Özel sigorta ₁	21	2.99	.71	3.311	.028	1>4
Duygusal Tepki Verebilme	SGK ₂	21	2.49	.85			
	Aileden yararlanma ₃	8	2.75	.97			
	Yok ₄	2	1.33	.00			
	Özel sigorta ₁	21	2.67	.33	.177	.911	-
	SGK ₂	21	2.59	.46			
Gereken İlgiyi Gösterme	Aileden yararlanma ₃	8	2.55	.60			
	Yok ₄	2	2.64	1.11			
	Özel sigorta ₁	21	2.59	.36	1.319	.279	-
Davranış Kontrolü	SGK ₂	21	2.50	.37			
	Aileden yararlanma ₃	8	2.47	.44			
	Yok ₄	2	2.06	.55			
	Özel sigorta ₁	21	2.96	.66	3.182	.032	-
	SGK ₂	21	2.52	.74			
Genel İşlevler	Aileden yararlanma ₃	8	2.68	.82			
	Yok ₄	2	1.50	.47			

Kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının sosyal güvence türüne göre değerlendirmek amacıyla (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme puanları, sosyal güvence türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(3,48)= 3.080, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar

arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, özel sağlık sigortası bulunan kumar bağımlısı aile değerlendirme puanı ortalamaları ($X=19.8$), sosyal güvencesi bulunmayan kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme puanı ortalamalarından ($X=12.08$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin iletişim alt boyutu puanları da sosyal güvence türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(3,48)= 2.955, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, özel sağlık sigortası bulunan kumar bağımlısı iletişim puanı ortalamaları ($X=2.68$), sosyal güvencesi bulunmayan kumar bağımlısı bireylerin iletişim puanı ortalamalarından ($X=1.5$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Benzer şekilde, kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin roller alt boyutu puanları da sosyal güvence türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(3,48)= 3.799, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, özel sağlık sigortası bulunan kumar bağımlısı roller puanı ortalamaları ($X=2.81$), sosyal güvencesi bulunmayan kumar bağımlısı bireylerin roller puanı ortalamalarından ($X=1.55$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin duygusal tepki verebilme alt boyutu puanları da sosyal güvence türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(3,48)= 3.311, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, özel sağlık sigortası bulunan kumar bağımlısı duygusal tepki verebilme puanı ortalamaları ($X=2.99$), sosyal güvencesi bulunmayan kumar bağımlısı bireylerin duygusal tepki verebilme puanı ortalamalarından ($X=1.33$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin genel işlevler alt boyutu puanları da sosyal güvence türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(3,293)= 3.182, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre ise herhangi iki grup arasında anlamlı farklılaşmaya rastlanmamıştır.

Ancak, kumar bağımlısı bireylerde aile değerlendirme ölçeğinin problem çözme, gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü alt boyutları sosyal güvence

türüne göre anlamlı farklılaşmamaktadır.

Tablo 38.

Sağlıklı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Medeni Durumlarına Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Aile	Evli ₁	48	12.78	2.83	6.287	.002	1<2
Değerlendirme	Bekar ₂	240	14.25	2.88			
	Boşanmış ₃	9	12.57	2.78			
	Evli ₁	48	1.75	.66	5.812	.033	1<2
Problem Çözme	Bekar ₂	240	2.10	.67			
	Boşanmış ₃	9	1.85	.65			
İletişim	Evli ₁	48	1.67	.57	8.845	.000	1<2
	Bekar ₂	240	2.02	.55			
	Boşanmış ₃	9	1.73	.51			
	Evli ₁	48	1.88	.46	2.773	.064	-
Roller	Bekar ₂	240	2.03	.42			
	Boşanmış ₃	9	1.92	.47			
Duygusal Tepki	Evli ₁	48	1.58	.62	7.031	.001	1<2
Verebilme	Bekar ₂	240	1.92	.70			
	Boşanmış ₃	9	1.39	.58			
	Evli ₁	48	2.30	.30	1.350	.261	-
Gereken İlgiyi Gösterme	Bekar ₂	240	2.25	.35			
	Boşanmış ₃	9	2.10	.45			
Davranış	Evli ₁	48	2.00	.31	1.243	.290	-
Kontrolü	Bekar ₂	240	2.08	.35			
	Boşanmış ₃	9	2.10	.31			
	Evli ₁	48	1.60	.54	4.313	.014	1<2
Genel İşlevler	Bekar ₂	240	1.84	.61			
	Boşanmış ₃	9	1.49	.63			

Sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının medeni duruma göre değerlendirmek amacıyla (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, sağlıklı aile değerlendirme puanları, medeni

duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(2,294)= 6.287$, $p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, evli ve sağlıklı aile değerlendirme puanı ortalamaları ($X=12.78$), bekar ve sağlıklı bireylerin aile değerlendirme puanı ortalamalarından ($X=14.25$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin problem çözme alt boyutu puanları, medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(2,294)= 5.812$, $p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, evli ve sağlıklı problem çözme puanı ortalamaları ($X=1.75$), bekar ve sağlıklı bireylerin problem çözme puanı ortalamalarından ($X=2.10$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Benzer şekilde, sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin iletişim alt boyutu puanları, medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(2,294)= 8.845$, $p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, evli ve sağlıklı iletişim puanı ortalamaları ($X=1.67$), bekar ve sağlıklı bireylerin iletişim puanı ortalamalarından ($X=2.02$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin duygusal tepki verebilme alt boyutu puanları, medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(2,294)= 7.031$, $p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, evli ve sağlıklı duygusal tepki verebilme puanı ortalamaları ($X=1.58$), bekar ve sağlıklı bireylerin duygusal tepki verebilme puanı ortalamalarından ($X=1.92$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Paralel olarak, sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin genel işlevler alt boyutu puanları, medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(2,294)= 4.313$, $p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, evli ve sağlıklı genel işlevler puanı ortalamaları ($X=1.60$), bekar ve sağlıklı bireylerin genel işlevler puanı ortalamalarından ($X=1.84$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Ancak, sağlıklı bireylerde aile değerlendirme ölçeğinin roller, gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü alt boyutları medeni duruma türüne göre anlamlı farklılaşmamaktadır.

Tablo 39.

Kumar Bağımlısı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Medeni Durumlarına Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Aile	Evli ₁	21	17.90	2.61	1.028	.365	-
Değerlendirme	Bekar ₂	22	18.29	4.57			
	Boşanmış ₃	9	20.12	4.88			
	Evli ₁	21	2.77	.47	.324	.725	-
Problem Çözme	Bekar ₂	22	2.82	.99			
	Boşanmış ₃	9	3.04	1.13			
İletişim	Evli ₁	21	2.49	.45	.609	.548	-
	Bekar ₂	22	2.46	.66			
	Boşanmış ₃	9	2.72	.76			
	Evli ₁	21	2.48	.43	.957	.391	-
Roller	Bekar ₂	22	2.60	.77			
	Boşanmış ₃	9	2.83	.65			
Duygusal Tepki	Evli ₁	21	2.57	.55	.783	.462	-
Verebilme	Bekar ₂	22	2.67	1.02			
	Boşanmış ₃	9	3.00	1.04			
	Evli ₁	21	2.53	.29	.906	.411	-
Gereken İlgiyi	Bekar ₂	22	2.65	.48			
Gösterme	Boşanmış ₃	9	2.76	.66			
Davranış	Evli ₁	21	2.46	.29	2.219	.120	-
Kontrolü	Bekar ₂	22	2.47	.43			
	Boşanmış ₃	9	2.75	.39			
	Evli ₁	21	2.60	.51	1.126	.333	-
Genel İşlevler	Bekar ₂	22	2.62	.89			
	Boşanmış ₃	9	3.03	.91			

Kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının medeni duruma göre değerlendirmek amacıyla (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme puanları, medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir,

$F(2,49)= 1.028, p>.05$.

Benzer şekilde, kumar bağımlısı bireylerde aile değerlendirme ölçeğinin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutları da medeni duruma göre anlamlı farklılaşmamaktadır.

Tablo 40.

Sağlıklı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Alkol Kullanımına Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Aile Değerlendirme	Yok ₁	105	13.50	2.64	3.750	.011	-
	Nadiren ₂	112	13.77	3.00			
	Haftada 1 kadeh ₃	59	14.67	3.15			
	Günde 1 kadeh ₄	21	15.28	2.62			
Problem Çözme	Yok ₁	105	1.91	.60	2.030	.110	-
	Nadiren ₂	112	2.08	.74			
	Haftada 1 kadeh ₃	59	2.13	.71			
	Günde 1 kadeh ₄	21	2.17	.52			
İletişim	Yok ₁	105	1.85	.54	4.842	.003	3>1,2
	Nadiren ₂	112	1.92	.55			
	Haftada 1 kadeh ₃	59	2.16	.62			
	Günde 1 kadeh ₄	21	2.14	.53			
Roller	Yok ₁	105	1.85	.54	5.499	.001	1<3,4 2<4
	Nadiren ₂	112	1.92	.55			
	Haftada 1 kadeh ₃	59	2.16	.62			
	Günde 1 kadeh ₄	21	2.14	.53			
Duygusal Tepki Verebilme	Yok ₁	105	1.80	.67	2.928	.034	-
	Nadiren ₂	112	1.76	.69			

Gereken İlgii Gösterme	Haftada 1 kadeh ₃	59	2.01	.73			
	Günde 1 kadeh ₄	21	2.13	.63			
	Yok ₁	105	2.24	.33	.511	.675	-
	Nadiren ₂	112	2.25	.37			
	Haftada 1 kadeh ₃	59	2.25	.35			
	Günde 1 kadeh ₄	21	2.34	.28			
	Yok ₁	105	2.07	.34	1.171	.321	-
	Nadiren ₂	112	2.05	.31			
	Haftada 1 kadeh ₃	59	2.05	.40			
	Günde 1 kadeh ₄	21	2.20	.37			
Davranış Kontrolü	Yok ₁	105	1.70	.54	3.911	.009	1<4
	Nadiren ₂	112	1.75	.64			
	Haftada 1 kadeh ₃	59	1.94	.65			
	Günde 1 kadeh ₄	21	2.08	.56			
Genel İşlevler							

Sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının alkol kullanımına göre değerlendirmek amacıyla (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, sağlıklı bireylerin aile değerlendirme puanları, alkol kullanımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(3,293)=3.750, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, alkol kullanmayan sağlıklı bireylerin aile değerlendirme puanı ortalamaları ($X=13.5$) günde 1 kadeh içen sağlıklı bireylerin aile değerlendirme puanı ortalamalarından ($X=15.28$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin iletişim alt boyutu puanları, alkol kullanımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(3,293)=4.482, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, haftada

1 kadeh alkol kullanan sağlıklı bireylerin iletişim puanı ortalamaları ($X=2.16$), alkol kullanmayan sağlıklı bireylerin iletişim puanı ortalamaları ($X=1.85$) ve nadiren alkol kullanan sağlıklı bireylerin iletişim puanı ortalamaları ($X=1.92$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Benzer şekilde, sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin roller alt boyutu puanları, alkol kullanımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(3,293)= 5.499, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, alkol kullanmayan sağlıklı bireylerin roller puanı ortalamaları ($X=1.85$), haftada 1 kadeh alkol kullanan sağlıklı bireylerin roller puanı ortalamaları ($X=2.16$) ve günde 1 kadeh alkol kullanan alkol kullanan sağlıklı bireylerin roller puanı ortalamaları ($X=2.14$) istatistiksel olarak daha düşüktür. Ek olarak, nadiren alkol kullanan sağlıklı bireylerin roller puanı ortalamaları ($X=1.92$) ve günde 1 kadeh alkol kullanan alkol kullanan sağlıklı bireylerin roller puanı ortalamaları ($X=2.14$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin duygusal tepki verebilme alt boyutu puanları, alkol kullanımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(3,293)= 2.928, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre ise herhangi iki grup arasında anlamlı farklılaşmaya rastlanmamıştır.

Paralel olarak, sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin genel işlevler alt boyutu puanları, alkol kullanımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(3,293)= 3.911, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, alkol kullanmayan sağlıklı bireylerin genel işlevler puanı ortalamaları ($X=1.70$) ve günde 1 kadeh alkol kullanan sağlıklı bireylerin genel işlevler puanı ortalamaları ($X=2.08$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Ancak, sağlıklı bireylerde aile değerlendirme ölçeğinin problem çözme, gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü alt boyutları da alkol kullanımına göre anlamlı farklılaşmamaktadır.

Tablo 41.

Kumar Bağımlısı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Alkol Kullanımına Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Aile Değerlendirme	Yok ₁	5	17.92	4.65	.768	.517	-
	Nadiren ₂	16	17.73	4.39			
	Haftada 1 kadeh ₃	12	17.89	2.50			
	Günde 1 kadeh ₄	19	19.55	4.19			
Problem Çözme	Yok ₁	5	2.70	.91	.507	.679	-
	Nadiren ₂	16	2.72	.84			
	Haftada 1 kadeh ₃	12	2.75	.59			
	Günde 1 kadeh ₄	19	3.03	.96			
İletişim	Yok ₁	5	2.36	.65	1.394	.256	-
	Nadiren ₂	16	2.35	.63			
	Haftada 1 kadeh ₃	12	2.46	.44			
	Günde 1 kadeh ₄	19	2.73	.62			
Roller	Yok ₁	5	2.58	.79	.366	.778	-
	Nadiren ₂	16	2.57	.77			
	Haftada 1 kadeh ₃	12	2.45	.46			
	Günde 1 kadeh ₄	19	2.69	.59			
Duygusal Tepki Verebilme	Yok ₁	5	2.37	1.03	.948	.425	-
	Nadiren ₂	16	2.61	.97			
	Haftada 1 kadeh ₃	12	2.53	.59			
	Günde 1 kadeh ₄	19	2.94	.86			
Gereken İlgiyi Gösterme	Yok ₁	5	2.63	.72	.421	.739	-
	Nadiren ₂	16	2.54	.42			

Davranış Kontrolü	Haftada 1 kadeh ₃	12	2.60	.46	1.291	.288	-
	Günde 1 kadeh ₄	19	2.71	.41			
	Yok ₁	5	2.73	.42			
	Nadiren ₂	16	2.38	.42			
Genel İşlevler	Haftada 1 kadeh ₃	12	2.54	.27	.799	.501	-
	Günde 1 kadeh ₄	19	2.56	.39			
	Yok ₁	5	2.55	1.01			
	Nadiren ₂	16	2.55	.81			
	Haftada 1 kadeh ₃	12	2.57	.54			
	Günde 1 kadeh ₄	19	2.90	.78			

Kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının alkol kullanımına göre farklılaşıp farklılaşmadığı, bir dizi tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda, kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme puanları, alkol kullanımına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(3,48) = .768, p > .05$.

Benzer şekilde, kumar bağımlısı bireylerde aile değerlendirme ölçeğinin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutları da alkol kullanımına göre anlamlı farklılaşmamaktadır.

Tablo 42.

Sağlıklı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Sigara Kullanımına Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Aile Değerlendirme	Kullanmıyorum ₁	123	13.78	2.74	2.939	.021	2>4
	Bıraktım ₂	8	16.44	3.88			
	Tek tük ₃	36	14.57	2.95			
	Haftada 1 paket ₄	27	12.90	2.62			

	Günde 1 paket ₅	103	14.05	3.02			
	Kullanmıyorum ₁	123	2.00	.67	2.919	.022	2>4
	Bıraktım ₂	8	2.65	.72			
Problem Çözme	Tek tük ₃	36	2.20	.73			
	Haftada 1 paket ₄	27	1.84	.58			
	Günde 1 paket ₅	103	2.02	.66			
	Kullanmıyorum ₁	123	1.93	.54	3.045	.018	2>4
	Bıraktım ₂	8	2.33	.66			
İletişim	Tek tük ₃	36	2.06	.55			
	Haftada 1 paket ₄	27	1.68	.52			
	Günde 1 paket ₅	103	2.00	.60			
	Kullanmıyorum ₁	123	1.99	.42	.775	.542	-
	Bıraktım ₂	8	2.15	.51			
	Tek tük ₃	36	2.06	.49			
Roller	Haftada 1 paket ₄	27	1.91	.43			
	Günde 1 paket ₅	103	2.02	.41			
	Kullanmıyorum ₁	123	1.80	.67	2.759	.028	2>1,4
Duygusal Tepki	Bıraktım ₂	8	2.52	1.02			
Verebilme	Tek tük ₃	36	1.96	.74			
	Haftada 1 paket ₄	27	1.68	.57			
	Günde 1 paket ₅	103	1.87	.68			
	Kullanmıyorum ₁	123	2.25	.32	.380	.823	-
	Bıraktım ₂	8	2.18	.48			
Gereken İlgiyi	Tek tük ₃	36	2.28	.36			
Gösterme	Haftada 1 paket ₄	27	2.31	.35			
	Günde 1 paket ₅	103	2.24	.36			
	Kullanmıyorum ₁	123	2.07	.34	2.928	.021	2>4
Davranış	Bıraktım ₂	8	2.36	.40			
Kontrolü	Tek tük ₃	36	2.07	.36			
	Haftada 1 paket ₄	27	1.91	.37			
	Günde 1 paket ₅	103	2.07	.31			
	Kullanmıyorum ₁	123	1.75	.56	2.868	.023	2>4
Genel İşlevler	Bıraktım ₂	8	2.25	.75			

Tek tük ₃	36	1.93	.65
Haftada 1 paket ₄	27	1.56	.52
Günde 1 paket ₅	103	1.83	.64

Sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının sigara kullanımına göre değerlendirmek amacıyla (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, sağlıklı bireylerin aile değerlendirme puanları, sigara kullanımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(4,292)= 2.939, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, sigara kullanmayı bırakan sağlıklı bireylerin aile değerlendirme puanı ortalamaları ($X=16.44$) haftada 1 paket sigara içen sağlıklı bireylerin aile değerlendirme puanı ortalamalarından ($X=12.90$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin problem çözme alt boyutu puanları, sigara kullanımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(4,292)= 2.919, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, sigara kullanmayı bırakan sağlıklı bireylerin problem çözme puanı ortalamaları ($X=2.65$) haftada 1 paket sigara içen sağlıklı bireylerin problem çözme puanı ortalamalarından ($X=1.84$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Benzer şekilde, sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin iletişim alt boyutu puanları, sigara kullanımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(4,292)= 3.045, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, sigara kullanmayı bırakan sağlıklı bireylerin iletişim puanı ortalamaları ($X=2.33$) haftada 1 paket sigara içen sağlıklı bireylerin iletişim puanı ortalamalarından ($X=1.68$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin duygusal tepki verebilme alt boyutu puanları, sigara kullanımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(4,292)= 2.759, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, sigara kullanmayı bırakan sağlıklı bireylerin duygusal tepki verebilme puanı ortalamaları ($X=2.52$), sigara kullanmayan sağlıklı bireylerin duygusal tepki verebilme puanı ortalamalarından ($X=1.80$) ve haftada 1 paket sigara içen sağlıklı bireylerin duygusal tepki verebilme puanı ortalamalarından ($X=1.68$) istatistiksel

olarak daha yüksektir.

Paralel olarak, sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin davranış kontrolü alt boyutu puanları, sigara kullarımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(4,292)= 2.928, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, sigara kullanmayı bırakan sağlıklı bireylerin davranış kontrolü puanı ortalamaları ($X=2.36$) haftada 1 paket sigara içen sağlıklı bireylerin davranış kontrolü puanı ortalamalarından ($X=1.91$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin genel işlevler alt boyutu puanları, sigara kullarımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(4,292)= 2.868, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, sigara kullanmayı bırakan sağlıklı bireylerin genel işlevler puanı ortalamaları ($X=2.25$) haftada 1 paket sigara içen sağlıklı bireylerin genel işlevler puanı ortalamalarından ($X=1.56$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Ancak, sağlıklı bireylerde aile değerlendirme ölçeğinin roller ve gereken ilgiyi gösterme alt boyutları da sigara kullanımına göre anlamlı farklılaşmamaktadır.

Tablo 43.

Kumar Bağımlısı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Sigara Kullanımına Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Aile Değerlendirme	Kullanmıyorum ₁	8	16.91	3.19	1.234	.309	-
	Bıraktım ₂	1	17.59	.			
	Tek tük ₃	2	23.55	.00			
	Haftada 1 paket ₄	7	19.18	4.59			
	Günde 1 paket ₅	34	18.39	3.98			
Problem Çözme	Kullanmıyorum ₁	8	2.40	.85	1.463	.229	-
	Bıraktım ₂	1	2.83	.			
	Tek tük ₃	2	3.83	.00			
	Haftada 1 paket ₄	7	3.07	.85			
	Günde 1 paket ₅	34	2.83	.82			
İletişim	Kullanmıyorum ₁	8	2.39	.41	.202	.936	-

	Bıraktım ₂	1	2.44	.			
	Tek tük ₃	2	2.67	.00			
	Haftada 1 paket ₄	7	2.65	.72			
	Günde 1 paket ₅	34	2.51	.64			
	Kullanmıyorum ₁	8	2.36	.60	1.825	.140	-
Roller	Bıraktım ₂	1	2.27	.			
	Tek tük ₃	2	3.64	.00			
	Haftada 1 paket ₄	7	2.65	.67			
	Günde 1 paket ₅	34	2.58	.61			
	Kullanmıyorum ₁	8	2.33	.77	1.275	.293	-
Duygusal Tepki Verebilme	Bıraktım ₂	1	2.50	.			
	Tek tük ₃	2	3.83	.00			
	Haftada 1 paket ₄	7	2.69	1.02			
	Günde 1 paket ₅	34	2.71	.84			
	Kullanmıyorum ₁	8	2.70	.35	.483	.748	-
Gereken İlgiyi Gösterme	Bıraktım ₂	1	2.43	.			
	Tek tük ₃	2	3.00	.00			
	Haftada 1 paket ₄	7	2.57	.56			
	Günde 1 paket ₅	34	2.60	.47			
	Kullanmıyorum ₁	8	2.42	.42	1.602	.189	-
Davranış Kontrolü	Bıraktım ₂	1	2.44	.			
	Tek tük ₃	2	3.00	.00			
	Haftada 1 paket ₄	7	2.71	.27			
	Günde 1 paket ₅	34	2.47	.38			
	Kullanmıyorum ₁	8	2.31	.76	1.268	.296	-
Genel İşlevler	Bıraktım ₂	1	2.67	.			
	Tek tük ₃	2	3.58	.00			
	Haftada 1 paket ₄	7	2.83	.86			
	Günde 1 paket ₅	34	2.69	.74			

Kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının sigara kullanımına göre değerlendirmek amacıyla ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme puanları, sigara kullanımına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık

göstermemektedir, $F(4,47)= 1.234, p>.05$.

Benzer şekilde, kumar bağımlısı bireylerde aile değerlendirme ölçeğinin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutları da sigara kullanımına göre anlamlı farklılaşmamaktadır.

Tablo 44.

Sağlıklı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Yaşadığı Yere Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Aile Değerlendirme	Apartman dairesi ₁	220	13.95	2.95	.192	.826	-
	Misafirhane-otel ₂	16	14.38	2.72			
	Müstakil ev ₃	61	13.88	2.91			
Problem Çözme	Apartman dairesi ₁	220	2.04	.68	.151	.860	-
	Misafirhane-otel ₂	16	1.95	.60			
	Müstakil ev ₃	61	2.05	.69			
İletişim	Apartman dairesi ₁	220	1.97	.57	1.053	.350	-
	Misafirhane-otel ₂	16	2.10	.58			
	Müstakil ev ₃	61	1.89	.55			
Roller	Apartman dairesi ₁	220	1.99	.43	.382	.683	-
	Misafirhane-otel ₂	16	2.07	.40			
	Müstakil ev ₃	61	2.03	.42			
Duygusal Tepki Verebilme	Apartman dairesi ₁	220	1.84	.71	.069	.934	-

	Misafirhane- otel ₂	16	1.89	.58			
	Müstakil ev ₃	61	1.87	.68			
	Apartman daresi ₁	220	2.23	.34	2.663	.071	-
Gereken İlgii Gösterme	Misafirhane- otel ₂	16	2.44	.36			
	Müstakil ev ₃	61	2.27	.35			
	Apartman daresi ₁	220	2.07	.34	.702	.496	-
Davranış Kontrolü	Misafirhane- otel ₂	16	2.14	.35			
	Müstakil ev ₃	61	2.03	.36			
	Apartman daresi ₁	220	1.81	.61	.268	.765	-
Genel İşlevler	Misafirhane- otel ₂	16	1.80	.51			
	Müstakil ev ₃	61	1.74	.64			

Sağlıklı bağımlısı bireylerin aile değerlendirme ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının yaşadıkları yere göre değerlendirmek amacıyla (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, sağlıklı bireylerin aile değerlendirme puanları, yaşadıkları yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(2,294) = .192, p > .05$.

Benzer şekilde, sağlıklı bireylerde aile değerlendirme ölçeğinin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutları da yaşadıkları yere göre anlamlı farklılaşmamaktadır.

Tablo 45.

Kumar Bağımlısı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Yaşadığı Yere Göre ANOVA Sonuçları

	N	X	Ss	F	p	Fark
--	----------	----------	-----------	----------	----------	-------------

Aile	Apartman	34	18,77	4,47	.629	.431	-
Değerlendirme	daresi ₁						
	Müstakil ev ₂	18	17,85	2,73			
Problem Çözme	Apartman	34	2,88	,97	.292	.591	-
	daresi ₁						
	Müstakil ev ₂	18	2,75	,52			
İletişim	Apartman	34	2,57	,65	.636	.429	-
	daresi ₁						
	Müstakil ev ₂	18	2,43	,49			
Roller	Apartman	34	2,63	,70	.484	.490	-
	daresi ₁						
	Müstakil ev ₂	18	2,51	,47			
Duygusal Tepki	Apartman	34	2,77	,98	.861	.358	-
Verebilme	daresi ₁						
	Müstakil ev ₂	18	2,54	,54			
Gereken İlgiyi	Apartman	34	2,66	,51	.576	.452	-
Gösterme	daresi ₁						
	Müstakil ev ₂	18	2,56	,31			
Davranış	Apartman	34	2,52	,43	.001	.972	-
Kontrolü	daresi ₁						
	Müstakil ev ₂	18	2,51	,28			
Genel İşlevler	Apartman	34	2,75	,85	.656	.422	-
	daresi ₁						
	Müstakil ev ₂	18	2,56	,57			

Kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının yaşadıkları yere göre değerlendirmek amacıyla (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme puanları, yaşadıkları yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(1,50) = .431, p > .05$.

Benzer şekilde, kumar bağımlısı bireylerde aile değerlendirme ölçeğinin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutları da yaşadıkları yere göre anlamlı farklılaşmamaktadır.

Tablo 46.

Sağlıklı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Kaldığı Yere Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Aile	Kendisine ait ₁	55	13.06	2.88	4.111	.017	1<2
Değerlendirme	Ailesine ait ₂	114	14.42	2.81			
	Kira ₃	128	13.94	2.97			
	Kendisine ait ₁	55	1.80	.58	6.167	.002	1<2
Problem Çözme	Ailesine ait ₂	114	2.18	.68			
	Kira ₃	128	2.01	.69			
İletişim	Kendisine ait ₁	55	1.73	.58	6.034	.003	1<2,3
	Ailesine ait ₂	114	2.05	.51			
	Kira ₃	128	1.97	.59			
	Kendisine ait ₁	55	1.94	.44	1.479	.229	-
Roller	Ailesine ait ₂	114	2.05	.40			
	Kira ₃	128	1.99	.45			
Duygusal Tepki	Kendisine ait ₁	55	1.65	.69	3.395	.035	1<2
Verebilme	Ailesine ait ₂	114	1.95	.68			
	Kira ₃	128	1.85	.69			
	Kendisine ait ₁	55	2.26	.39	.581	.560	-
Gereken İlgiyi	Ailesine ait ₂	114	2.23	.31			
Gösterme	Kira ₃	128	2.27	.36			
Davranış	Kendisine ait ₁	55	2.07	.36	.281	.755	-
Kontrolü	Ailesine ait ₂	114	2.08	.33			
	Kira ₃	128	2.05	.35			
	Kendisine ait ₁	55	1.60	.59	3.889	.022	1<2
Genel İşlevler	Ailesine ait ₂	114	1.88	.61			
	Kira ₃	128	1.80	.60			

Sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının kaldıkları yerin kime ait olduğuna göre değerlendirmek amacıyla (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, sağlıklı bireylerin aile değerlendirme puanları, kaldıkları yerin kime ait olduğuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık

göstermektedir, $F(2,294)= 4.111, p<.05$. Anlamli farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, kendisine ait yerde yaşayan sağlıklı bireylerin aile değerlendirme puanı ortalamaları ($X=13.06$) ailesine ait yerde yaşayan sağlıklı bireylerin aile değerlendirme puanı ortalamalarından ($X=14.42$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin problem çözme alt boyutu puanları kaldıkları yerin kime ait olduğuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır, $F(2,294)= 6.167, p<.05$. Anlamli farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, kendisine ait yerde yaşayan sağlıklı bireylerin problem çözme puanı ortalamaları ($X=1.8$) ailesine ait yerde yaşayan sağlıklı bireylerin problem çözme puanı ortalamalarından ($X=2.18$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Benzer şekilde, sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin iletişim alt boyutu puanları kaldıkları yerin kime ait olduğuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır, $F(2,294)= 6.034, p<.05$. Anlamli farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, kendisine ait yerde yaşayan sağlıklı bireylerin iletişim puanı ortalamaları ($X=1.73$) ailesine ait yerde yaşayan sağlıklı bireylerin iletişim puanı ortalamalarından ($X=2.18$) ve kirada yaşayan sağlıklı bireylerin iletişim puanı ortalamalarından ($X=1.97$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin duygusal tepki verebilme alt boyutu puanları kaldıkları yerin kime ait olduğuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır, $F(2,294)= 3.395, p<.05$. Anlamli farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, kendisine ait yerde yaşayan sağlıklı bireylerin duygusal tepki verebilme puanı ortalamaları ($X=1.65$) ailesine ait yerde yaşayan sağlıklı bireylerin duygusal tepki verebilme puanı ortalamalarından ($X=1.95$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Paralel olarak, sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin genel işlevler alt boyutu puanları kaldıkları yerin kime ait olduğuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır, $F(2,294)= 3.889, p<.05$. Anlamli farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, kendisine ait yerde yaşayan sağlıklı bireylerin genel işlevler puanı ortalamaları ($X=1.60$) ailesine ait yerde yaşayan sağlıklı bireylerin genel işlevler

puanı ortalamalarından ($X=1.88$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Ancak, sağlıklı bireylerde aile değerlendirme ölçeğinin roller, gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü alt boyutları da kaldıkları yerin kime ait olduğuna göre anlamlı farklılaşmamaktadır.

Tablo 47.

Kumar Bağımlısı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Kaldığı Yere Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Aile	Kendisine ait ₁	31	18.69	4.00	.251	.779	-
Değerlendirme	Ailesine ait ₂	7	18.70	3.03			
	Kira ₃	14	17.80	4.41			
Problem Çözme	Kendisine ait ₁	31	2.91	.82	.935	.399	-
	Ailesine ait ₂	7	3.02	.56			
	Kira ₃	14	2.58	.97			
İletişim	Kendisine ait ₁	31	2.62	.62	1.431	.249	-
	Ailesine ait ₂	7	2.52	.47			
	Kira ₃	14	2.29	.57			
Roller	Kendisine ait ₁	31	2.57	.64	.084	.919	-
	Ailesine ait ₂	7	2.68	.42			
	Kira ₃	14	2.60	.73			
Duygusal Tepki	Kendisine ait ₁	31	2.69	.85	.003	.997	-
Verebilme	Ailesine ait ₂	7	2.67	.70			
	Kira ₃	14	2.69	.99			
Gereken İlgiyi	Kendisine ait ₁	31	2.63	.42	.491	.615	-
Gösterme	Ailesine ait ₂	7	2.47	.47			
	Kira ₃	14	2.67	.52			
Davranış	Kendisine ait ₁	31	2.57	.36	1.337	.272	-
Kontrolü	Ailesine ait ₂	7	2.56	.28			
	Kira ₃	14	2.37	.45			
Genel İşlevler	Kendisine ait ₁	31	2.70	.81	.173	.841	-
	Ailesine ait ₂	7	2.79	.50			
	Kira ₃	14	2.59	.80			

Kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının kaldıkları yerin kime ait olduğuna göre değerlendirmek amacıyla (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme puanları, kaldıkları yerin kime ait olduğuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(2,49) = .251, p > .05$.

Benzer şekilde, kumar bağımlısı bireylerde aile değerlendirme ölçeğinin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutları da kaldıkları yerin kime ait olduğuna göre anlamlı farklılaşmamaktadır.

Tablo 48.

Sağlıklı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Kiminle Yaşadığına Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Aile Değerlendirme	Tek başına ₁	62	14.54	2.97	3.918	.004	3<1,5
	Eşiyle ₂	16	13.27	3.46			
	Eşi ve çocuklarıyla ₃	34	12.45	2.44			
	Arkadaşlarıyla ₄	63	13.65	2.98			
	Ailesiyle ₅	122	14.34	2.78			
Problem Çözme	Tek başına ₁	62	2.10	.68	3.764	.005	3<5
	Eşiyle ₂	16	1.78	.70			
	Eşi ve çocuklarıyla ₃	34	1.71	.65			
	Arkadaşlarıyla ₄	63	1.98	.67			
	Ailesiyle ₅	122	2.15	.66			
İletişim	Tek başına ₁	62	2.08	.61	5.583	.000	3<1,4,5
	Eşiyle ₂	16	1.85	.69			
	Eşi ve çocuklarıyla ₃	34	1.57	.47			
	Arkadaşlarıyla ₄	63	1.96	.54			
	Ailesiyle ₅	122	2.02	.53			
	Tek başına ₁	62	2.08	.44	2.157	.074	-

Roller	Eşiyile ₂	16	1.88	.57			
	Eşi ve çocuklarıyla ₃	34	1.87	.39			
	Arkadaşıyla ₄	63	1.96	.46			
	Ailesiyle ₅	122	2.04	.39			
	Tek başına ₁	62	1.95	.75	3.509	.008	3<1,5
Duygusal Tepki Verebilme	Eşiyile ₂	16	1.69	.67			
	Eşi ve çocuklarıyla ₃	34	1.51	.58			
	Arkadaşıyla ₄	63	1.77	.68			
	Ailesiyle ₅	122	1.95	.68			
	Tek başına ₁	62	2.25	.39	.192	.943	-
Gereken İlgiyi Gösterme	Eşiyile ₂	16	2.27	.27			
	Eşi ve çocuklarıyla ₃	34	2.29	.33			
	Arkadaşıyla ₄	63	2.23	.34			
	Ailesiyle ₅	122	2.25	.34			
	Tek başına ₁	62	2.18	.35	2.755	.028	3<1
Davranış Kontrolü	Eşiyile ₂	16	2.07	.32			
	Eşi ve çocuklarıyla ₃	34	1.97	.31			
	Arkadaşıyla ₄	63	2.02	.35			
	Ailesiyle ₅	122	2.06	.34			
	Tek başına ₁	62	1.90	.62	2.588	.037	3<1
Genel İşlevler	Eşiyile ₂	16	1.73	.65			
	Eşi ve çocuklarıyla ₃	34	1.53	.47			
	Arkadaşıyla ₄	63	1.73	.60			
	Ailesiyle ₅	122	1.86	.62			

Sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının kiminle yaşadığına göre değerlendirmek amacıyla (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, sağlıklı bireylerin aile değerlendirme puanları, kiminle yaşadığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir,

$F(4,292)= 3.918, p<.05$. Anlamli farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, eşi ve çocuklarıyla yaşayan sağlıklı bireylerin aile değerlendirme puanı ortalamaları ($X=12.45$), tek yaşayan sağlıklı bireylerin aile değerlendirme puanı ortalamalarından ($X=14.54$) ve ailesiyle yaşayan sağlıklı bireylerin aile değerlendirme puanı ortalamalarından ($X=14.34$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin problem çözme alt boyutu puanları kiminle yaşadığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır, $F(4,292)= 3.764, p<.05$. Anlamli farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, eşi ve çocuklarıyla yaşayan sağlıklı bireylerin problem çözme puanı ortalamaları ($X=1.71$) ailesiyle yaşayan sağlıklı bireylerin problem çözme puanı ortalamalarından ($X=1.98$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Benzer şekilde, sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin iletişim alt boyutu puanları kiminle yaşadığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır, $F(4,292)= 5.583, p<.01$. Anlamli farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, eşi ve çocuklarıyla yaşayan sağlıklı bireylerin iletişim puanı ortalamaları ($X=1.57$), tek yaşayan sağlıklı bireylerin iletişim puanı ortalamalarından ($X=2.08$), arkadaşlarıyla yaşayan sağlıklı bireylerin iletişim puanı ortalamalarından ($X=1.96$) ve ailesiyle yaşayan sağlıklı bireylerin iletişim puanı ortalamalarından ($X=2.02$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin duygusal tepki verebilme alt boyutu puanları kiminle yaşadığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır, $F(4,292)= 3.509, p<.05$. Anlamli farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, eşi ve çocuklarıyla yaşayan sağlıklı bireylerin duygusal tepki verebilme puanı ortalamaları ($X=1.51$), tek yaşayan sağlıklı bireylerin duygusal tepki verebilme puanı ortalamalarından ($X=1.95$) ve ailesiyle yaşayan sağlıklı bireylerin duygusal tepki verebilme puanı ortalamalarından ($X=1.95$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Paralel olarak, sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin davranış kontrolü alt boyutu puanları kiminle yaşadığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır, $F(4,292)= 2.755, p<.05$. Anlamli farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma

analizine göre, eşi ve çocuklarıyla yaşayan sağlıklı bireylerin davranış kontrolü puanı ortalamaları ($X=1.97$), tek yaşayan sağlıklı bireylerin davranış kontrolü puanı ortalamalarından ($X=2.18$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin genel işlevler alt boyutu puanları kiminle yaşadığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır, $F(4,292)= 2.588, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, eşi ve çocuklarıyla yaşayan sağlıklı bireylerin genel işlevler puanı ortalamaları ($X=1.53$), tek yaşayan sağlıklı bireylerin genel işlevler puanı ortalamalarından ($X=1.90$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Ancak, sağlıklı bireylerde aile değerlendirme ölçeğinin roller ve gereken ilgiyi gösterme alt boyutları kiminle yaşadığına göre anlamlı farklılaşmamaktadır.

Tablo 49.

Kumar Bağımlısı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Kiminle Yaşadığına Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Aile Değerlendirme	Tek başına ₁	14	19.28	5.13	.276	.892	-
	Eşiyile ₂	8	18.23	3.39			
	Eşi ve çocuklarıyla ₃	14	17.72	2.05			
	Arkadaşıyla ₄	12	18.35	4.74			
	Ailesiyle ₅	4	18.84	4.25			
Problem Çözme	Tek başına ₁	14	3.14	.94	.946	.446	-
	Eşiyile ₂	8	2.46	.69			
	Eşi ve çocuklarıyla ₃	14	2.82	.51			
	Arkadaşıyla ₄	12	2.72	1.06			
	Ailesiyle ₅	4	2.92	.84			
İletişim	Tek başına ₁	14	2.69	.76	.505	.732	-
	Eşiyile ₂	8	2.46	.50			
	Eşi ve çocuklarıyla ₃	14	2.50	.43			

	Arkadaşıyla ₄	12	2.36	.65			
	Ailesiyle ₅	4	2.56	.62			
	Tek başına ₁	14	2.67	.78	.324	.860	-
	Eşiyle ₂	8	2.55	.68			
Roller	Eşi ve çocuklarıyla ₃	14	2.47	.23			
	Arkadaşıyla ₄	12	2.58	.82			
	Ailesiyle ₅	4	2.84	.45			
	Tek başına ₁	14	2.79	1.10	.221	.925	-
Duygusal Tepki Verebilme	Eşiyle ₂	8	2.73	.66			
	Eşi ve çocuklarıyla ₃	14	2.51	.47			
	Arkadaşıyla ₄	12	2.78	1.06			
	Ailesiyle ₅	4	2.63	.98			
	Tek başına ₁	14	2.59	.52	1.427	.240	-
	Eşiyle ₂	8	2.79	.49			
Gereken İlgiyi Gösterme	Eşi ve çocuklarıyla ₃	14	2.46	.19			
	Arkadaşıyla ₄	12	2.80	.43			
	Ailesiyle ₅	4	2.43	.71			
	Tek başına ₁	14	2.60	.52	.752	.562	-
	Eşiyle ₂	8	2.60	.38			
Davranış Kontrolü	Eşi ve çocuklarıyla ₃	14	2.39	.19			
	Arkadaşıyla ₄	12	2.47	.38			
	Ailesiyle ₅	4	2.64	.40			
	Tek başına ₁	14	2.81	.96	.218	.927	-
	Eşiyle ₂	8	2.66	.68			
Genel İşlevler	Eşi ve çocuklarıyla ₃	14	2.57	.38			
	Arkadaşıyla ₄	12	2.64	.97			
	Ailesiyle ₅	4	2.83	.68			

toplam puanlarının kiminle yaşadığına göre farklılaşıp farklılaşmadığı, bir dizi tek yönlü varyans analiz değerlendirmek amacıyla (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme puanları, kiminle yaşadığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(4,47)=.276, p>.05$.

Benzer şekilde, kumar bağımlısı bireylerde aile değerlendirme ölçeğinin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutları da kiminle yaşadığına göre anlamlı farklılaşmamaktadır.

Tablo 50.

Sağlıklı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Eğitim Düzeyine Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Aile Değerlendirme	İlkokul-ortaokul ₁	2	14.21	1.95	2.793	.041	-
	Lise ₂	22	12.55	3.00			
	Lisans ₃	196	14.25	2.94			
	Lisansüstü ₄	77	13.61	2.77			
Problem Çözme	İlkokul-ortaokul ₁	2	2.08	.59	3.100	.027	2<3
	Lise ₂	22	1.63	.66			
	Lisans ₃	196	2.09	.68			
	Lisansüstü ₄	77	2.02	.66			
İletişim	İlkokul-ortaokul ₁	2	1.56	.16	3.709	.012	2<3
	Lise ₂	22	1.66	.63			
	Lisans ₃	196	2.02	.56			
	Lisansüstü ₄	77	1.89	.55			
Roller	İlkokul-ortaokul ₁	2	2.14	.45	1.934	.124	-
	Lise ₂	22	1.80	.42			
	Lisans ₃	196	2.02	.43			

Duygusal Tepki Verebilme	Lisansüstü ₄	77	2.02	.43			
	İlkokul-ortaokul ₁	2	1.83	.00	2.448	.064	-
	Lise ₂	22	1.64	.73			
	Lisans ₃	196	1.93	.69			
	Lisansüstü ₄	77	1.71	.69			
Gereken İlgiyi Gösterme	İlkokul-ortaokul ₁	2	2.64	.30	1.446	.230	-
	Lise ₂	22	2.33	.29			
	Lisans ₃	196	2.25	.37			
	Lisansüstü ₄	77	2.22	.30			
	İlkokul-ortaokul ₁	2	2.33	.16	1.929	.125	-
Davranış Kontrolü	Lise ₂	22	1.92	.35			
	Lisans ₃	196	2.09	.35			
	Lisansüstü ₄	77	2.05	.32			
	İlkokul-ortaokul ₁	2	1.63	.29	2.483	.061	-
	Lise ₂	22	1.56	.60			
Genel İşlevler	Lisans ₃	196	1.86	.61			
	Lisansüstü ₄	77	1.70	.59			

Sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının eğitim düzeyine göre değerlendirmek amacıyla (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, sağlıklı bireylerin aile değerlendirme puanları, eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(3,293)=2.793, p<.01$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre ise herhangi iki grup arasında anlamlı farklılaşmaya rastlanmamıştır.

Sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin problem çözme alt boyutu puanları eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır, $F(3,293)=3.100, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu

tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, lisans mezunu sağlıklı bireylerin problem çözme puanı ortalamaları ($X=2.09$), lise mezunu sağlıklı bireylerin problem çözme puanı ortalamalarından ($X=1.63$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Benzer şekilde, sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin iletişim alt boyutu puanları eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır, $F(3,293)= 3.709, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, lisans mezunu sağlıklı bireylerin iletişim puanı ortalamaları ($X=2.02$), lise mezunu sağlıklı bireylerin iletişim puanı ortalamalarından ($X=1.66$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Ancak, sağlıklı bireylerde aile değerlendirme ölçeğinin roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutları eğitim düzeyine göre anlamlı farklılaşmamaktadır.

Tablo 51.

Kumar Bağımlısı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Eğitim Düzeyine Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Aile Değerlendirme	İlkokul-ortaokul ₁	3	17.33	2.41	3.228	.031	2>3
	Lise ₂	10	21.39	3.98			
	Lisans ₃	25	17.17	3.62			
	Lisansüstü ₄	14	18.88	3.87			
Problem Çözme	İlkokul-ortaokul ₁	3	2.44	.10	2.879	.046	2>3
	Lise ₂	10	3.43	.71			
	Lisans ₃	25	2.61	.84			
	Lisansüstü ₄	14	2.90	.81			
İletişim	İlkokul-ortaokul ₁	3	2.30	.45	3.104	.035	2>3
	Lise ₂	10	2.98	.59			
	Lisans ₃	25	2.35	.59			

	Lisansüstü ₄	14	2.53	.51			
Roller	İlkokul- ortaokul ₁	3	2.30	.58	2.373	.082	-
	Lise ₂	10	2.98	.57			
	Lisans ₃	25	2.42	.60			
Duygusal Tepki Verebilme	Lisansüstü ₄	14	2.68	.65			
	İlkokul- ortaokul ₁	3	2.39	.48	2.880	.045	2>3
	Lise ₂	10	3.30	.86			
Gereken İlgiyi Gösterme	Lisans ₃	25	2.43	.79			
	Lisansüstü ₄	14	2.77	.86			
	İlkokul- ortaokul ₁	3	2.81	.08	.999	.401	-
Davranış Kontrolü	Lise ₂	10	2.79	.43			
	Lisans ₃	25	2.53	.47			
	Lisansüstü ₄	14	2.63	.46			
Genel İşlevler	İlkokul- ortaokul ₁	3	2.56	.19	1.975	.130	-
	Lise ₂	10	2.67	.39			
	Lisans ₃	25	2.39	.36			
Genel İşlevler	Lisansüstü ₄	14	2.63	.41			
	İlkokul- ortaokul ₁	3	2.53	.53	2.975	.041	2>3
	Lise ₂	10	3.24	.72			
	Lisans ₃	25	2.45	.72			
	Lisansüstü ₄	14	2.74	.74			

Kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının eğitim düzeyine göre değerlendirmek amacıyla (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme puanları, eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(3,48)=3.228, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit

etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, lisans mezunu kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme puanı ortalamaları ($X=17.17$), lise mezunu kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme puanı ortalamalarından ($X=21.39$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin problem çözme alt boyutu puanları eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır, $F(3,48)= 2.879, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, lisans mezunu kumar bağımlısı bireylerin problem çözme puanı ortalamaları ($X=2.61$), lise mezunu kumar bağımlısı bireylerin problem çözme puanı ortalamalarından ($X=3.43$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Benzer şekilde, kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin iletişim alt boyutu puanları eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır, $F(3,48)= 3.104, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, lisans mezunu kumar bağımlısı bireylerin iletişim puanı ortalamaları ($X=2.35$), lise mezunu kumar bağımlısı bireylerin iletişim puanı ortalamalarından ($X=2.98$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin duygusal tepki verebilme alt boyutu puanları eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır, $F(3,48)= 2.880, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, lisans mezunu kumar bağımlısı bireylerin duygusal tepki verebilme puanı ortalamaları ($X=2.43$), lise mezunu kumar bağımlısı bireylerin duygusal tepki verebilme puanı ortalamalarından ($X=3.30$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Paralel olarak, kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin genel işlevler alt boyutu puanları eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır, $F(3,48)=2.975, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, lisans mezunu kumar bağımlısı bireylerin genel işlevler puanı ortalamaları ($X=2.24$), lise mezunu kumar bağımlısı bireylerin genel işlevler puanı ortalamalarından ($X=3.24$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Ancak, kumar bağımlısı bireylerde aile değerlendirme ölçeğinin roller, gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü alt boyutları eğitim düzeyine göre

anlamli farklılaşmamaktadır.

Tablo 52.

Sağlıklı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin İşinin Türüne Göre ANOVA

Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Aile Değerlendirme	Çalışmıyor ₁	21	15.31	2.98	2.445	.064	-
	Öğrenci ₂	165	14.06	2.81			
	Masa başı iş ₃	87	13.46	2.93			
	Bedensel iş ₄	24	13.90	3.38			
Problem Çözme	Çalışmıyor ₁	21	2.37	.80	2.484	.061	-
	Öğrenci ₂	165	2.06	.66			
	Masa başı iş ₃	87	1.93	.68			
	Bedensel iş ₄	24	1.98	.61			
İletişim	Çalışmıyor ₁	21	2.17	.43	3.331	.020	1>3
	Öğrenci ₂	165	2.01	.54			
	Masa başı iş ₃	87	1.83	.59			
	Bedensel iş ₄	24	1.84	.70			
Roller	Çalışmıyor ₁	21	2.13	.44	1.026	.381	-
	Öğrenci ₂	165	2.02	.41			
	Masa başı iş ₃	87	1.96	.41			
	Bedensel iş ₄	24	1.99	.56			
Duygusal Tepki Verebilme	Çalışmıyor ₁	21	2.06	.74	1.383	.248	-
	Öğrenci ₂	165	1.87	.65			
	Masa başı iş ₃	87	1.75	.70			
	Bedensel iş ₄	24	1.92	.87			
Gereken İlgiyi Gösterme	Çalışmıyor ₁	21	2.28	.46	.802	.493	-
	Öğrenci ₂	165	2.24	.33			
	Masa başı iş ₃	87	2.23	.36			
	Bedensel iş ₄	24	2.35	.27			
Davranış Kontrolü	Çalışmıyor ₁	21	2.25	.32	2.318	.076	-
	Öğrenci ₂	165	2.06	.35			

	Masa başı iş ₃	87	2.03	.33			
	Bedensel iş ₄	24	2.07	.35			
	Çalışmıyor ₁	21	2.04	.67	1.697	.168	-
	Öğrenci ₂	165	1.81	.61			
Genel İşlevler	Masa başı iş ₃	87	1.72	.58			
	Bedensel iş ₄	24	1.75	.66			

Sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının işinin türüne göre değerlendirmek amacıyla (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, sağlıklı bireylerin aile değerlendirme puanları, işinin türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(3,293)= 2.445, p>.05$.

Benzer şekilde, sağlıklı bireylerde aile değerlendirme ölçeğinin problem çözme, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutları işinin türüne göre anlamlı farklılaşmamaktadır.

Ancak, sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin iletişim alt boyutu puanları işinin türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır, $F(3,293)= 3.331, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, çalışmayan sağlıklı bireylerin iletişim puanı ortalamaları ($X=2.17$), masa başı işte çalışan sağlıklı bireylerin iletişim puanı ortalamalarından ($X=1.83$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Tablo 53.

Kumar Bağımlısı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin İşinin Türüne Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Aile Değerlendirme	Çalışmıyor ₁	9	18.65	4.24	1.391	.257	-
	Öğrenci ₂	5	15.23	3.07			
	Masa başı iş ₃	26	18.55	3.67			
	Bedensel iş ₄	12	19.43	4.41			
Problem Çözme	Çalışmıyor ₁	9	2.91	.61	3.053	.037	2<3,4
	Öğrenci ₂	5	1.83	.58			

	Masa başı iş ₃	26	2.92	.85				
	Bedensel iş ₄	12	3.03	.83				
İletişim	Çalışmıyor ₁	9	2.40	.70	2.004	.126	-	
	Öğrenci ₂	5	1.98	.49				
	Masa başı iş ₃	26	2.59	.51				
	Bedensel iş ₄	12	2.68	.67				
Roller	Çalışmıyor ₁	9	2.73	.58	.961	.419	-	
	Öğrenci ₂	5	2.18	.59				
	Masa başı iş ₃	26	2.57	.62				
	Bedensel iş ₄	12	2.70	.71				
Duygusal Tepki	Çalışmıyor ₁	9	2.61	.91	.696	.559	-	
	Öğrenci ₂	5	2.27	.85				
	Verebilme	Masa başı iş ₃	26	2.69	.82			
		Bedensel iş ₄	12	2.92	.93			
Gereken İlgiyi Gösterme	Çalışmıyor ₁	9	2.54	.56	.374	.772	-	
	Öğrenci ₂	5	2.71	.57				
	Masa başı iş ₃	26	2.59	.40				
	Bedensel iş ₄	12	2.71	.46				
Davranış Kontrolü	Çalışmıyor ₁	9	2.72	.42	3.151	.033	1>2	
	Öğrenci ₂	5	2.11	.29				
	Masa başı iş ₃	26	2.50	.36				
	Bedensel iş ₄	12	2.57	.35				
Genel İşlevler	Çalışmıyor ₁	9	2.75	.77	.971	.414	-	
	Öğrenci ₂	5	2.15	.71				
	Masa başı iş ₃	26	2.70	.73				
	Bedensel iş ₄	12	2.82	.84				

Kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının işinin türüne göre değerlendirmek amacıyla (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme puanları, işinin türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(3,48)= 1.391, p>.05$.

Benzer şekilde, kumar bağımlısı bireylerde aile değerlendirme ölçeğinin iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme ve genel işlevler alt boyutları işinin türüne göre anlamlı farklılaşmamaktadır.

Ancak, kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin problem çözme alt boyutu puanları da işinin türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(3,48)= 3.053, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, öğrenci olan kumar bağımlısı bireylerin problem çözme puanı ortalamaları ($X=1.83$), masa başı işte çalışan kumar bağımlısı bireylerin problem çözme puanı ortalamalarından ($X=2.92$) ve bedensel işte çalışan kumar bağımlısı bireylerin problem çözme puanı ortalamalarından ($X=3.03$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Ek olarak, kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin davranış kontrolü alt boyutu puanları da işinin türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(3,48)= 3.151, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, çalışmayan kumar bağımlısı bireylerin davranış kontrolü puanı ortalamaları ($X=2.72$), öğrenci olan kumar bağımlısı bireylerin davranış kontrolü puanı ortalamalarından ($X=2.11$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Tablo 54.

Sağlıklı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Gelir Düzeyine Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Aile Değerlendirme	Asgari ücretten az ₁	94	14.46	2.86	1.527	.194	-
	Asgari ücret ₂	78	14.07	2.94			
	Asgari ücretin 2 katı ₃	67	13.63	2.82			
	Asgari ücretin 3 katı ₄	33	13.29	3.10			
	Asgari ücretin 3 katından fazla ₅	25	13.50	3.03			

Problem Çözme	Asgari ücretten az ₁	94	2.12	.73	1.211	.306	-
	Asgari ücret ₂	78	2.08	.68			
	Asgari ücretin 2 katı ₃	67	1.96	.60			
	Asgari ücretin 3 katı ₄	33	1.94	.67			
	Asgari ücretin 3 katından fazla ₅	25	1.87	.67			
İletişim	Asgari ücretten az ₁	94	2.07	.51	2.861	.024	1>4
	Asgari ücret ₂	78	2.00	.57			
	Asgari ücretin 2 katı ₃	67	1.92	.60			
	Asgari ücretin 3 katı ₄	33	1.73	.61			
	Asgari ücretin 3 katından fazla ₅	25	1.80	.55			
Roller	Asgari ücretten az ₁	94	2.04	.42	.393	.813	-
	Asgari ücret ₂	78	1.98	.44			
	Asgari ücretin 2 katı ₃	67	1.98	.45			
	Asgari ücretin 3 katı ₄	33	1.98	.37			
	Asgari ücretin 3 katından fazla ₅	25	2.05	.47			
Duygusal Tepki Verebilme	Asgari ücretten az ₁	94	1.99	.69	1.637	.165	-
	Asgari ücret ₂	78	1.85	.70			
	Asgari ücretin 2 katı ₃	67	1.77	.68			

Gereken İlgiyi Gösterme	Asgari ücretin 3 katı ₄	33	1.71	.73			
	Asgari ücretin 3 katından fazla ₅	25	1.74	.68			
	Asgari ücretten az ₁	94	2.24	.35	.165	.956	-
	Asgari ücret ₂	78	2.27	.36			
	Asgari ücretin 2 katı ₃	67	2.25	.36			
	Asgari ücretin 3 katı ₄	33	2.24	.36			
	Asgari ücretin 3 katından fazla ₅	25	2.29	.24			
	Asgari ücretten az ₁	94	2.12	.34	.958	.431	-
Davranış Kontrolü	Asgari ücret ₂	78	2.07	.33			
	Asgari ücretin 2 katı ₃	67	2.02	.34			
	Asgari ücretin 3 katı ₄	33	2.02	.34			
	Asgari ücretin 3 katından fazla ₅	25	2.03	.37			
	Asgari ücretten az ₁	94	1.89	.63	1.294	.273	-
	Asgari ücret ₂	78	1.82	.62			
Genel İşlevler	Asgari ücretin 2 katı ₃	67	1.72	.55			
	Asgari ücretin 3 katı ₄	33	1.67	.63			
	Asgari ücretin 3 katından fazla ₅	25	1.72	.63			

Sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının gelir düzeyine göre değerlendirmek amacıyla (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, sağlıklı bireylerin aile değerlendirme puanları,

gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir, $F(4,292)=1.527, p>.05$.

Benzer şekilde, sağlıklı bireylerde aile değerlendirme ölçeğinin problem çözme, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutları gelir düzeyine göre anlamlı farklılaşmamaktadır.

Ancak, sağlıklı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin iletişim alt boyutu puanları gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır, $F(4,292)=2.861, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, asgari ücretten az kazanan sağlıklı bireylerin iletişim puanı ortalamaları ($X=2.07$), asgari ücretin 3 katı kazanan sağlıklı bireylerin iletişim puanı ortalamalarından ($X=1.73$) istatistiksel olarak daha yüksektir.

Tablo 55.

Kumar Bağımlısı Bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeğinin Gelir Düzeyine Göre ANOVA Sonuçları

		N	X	Ss	F	p	Fark
Aile Değerlendirme	Asgari ücretten az ₁	2	12.08	1.35	2.940	.030	1<2
	Asgari ücret ₂	5	18.61	4.82			
	Asgari ücretin 2 katı ₃	11	20.42	4.40			
	Asgari ücretin 3 katı ₄	13	19.41	3.34			
	Asgari ücretin 3 katından fazla ₅	21	17.39	3.28			
Problem Çözme	Asgari ücretten az ₁	2	1.50	.24	2.585	.049	-
	Asgari ücret ₂	5	2.60	.98			
	Asgari ücretin 2 katı ₃	11	3.23	.75			
	Asgari ücretin 3 katı ₄	13	3.03	.63			

İletişim	Asgari ücretin 3 katından fazla ₅	21	2.70	.86			
	Asgari ücretten az ₁	2	1.50	.39	2.879	.033	1<2
	Asgari ücret ₂	5	2.38	.82			
	Asgari ücretin 2 katı ₃	11	2.83	.68			
	Asgari ücretin 3 katı ₄	13	2.62	.40			
	Asgari ücretin 3 katından fazla ₅	21	2.42	.51			
Roller	Asgari ücretten az ₁	2	1.55	.00	2.530	.053	-
	Asgari ücret ₂	5	2.67	.65			
	Asgari ücretin 2 katı ₃	11	2.85	.68			
	Asgari ücretin 3 katı ₄	13	2.72	.59			
	Asgari ücretin 3 katından fazla ₅	21	2.45	.55			
	Asgari ücretten az ₁	2	1.33	.00	3.322	.018	-
Duygusal Tepki Verebilme	Asgari ücret ₂	5	2.93	1.03			
	Asgari ücretin 2 katı ₃	11	3.12	.90			
	Asgari ücretin 3 katı ₄	13	2.90	.67			
Gereken İlgiyi Gösterme	Asgari ücretin 3 katından fazla ₅	21	2.40	.76			
	Asgari ücretten az ₁	2	2.64	1.11	.691	.602	-
	Asgari ücret ₂	5	2.83	.50			

	Asgari ücretin 2 katı ₃	11	2.71	.37			
	Asgari ücretin 3 katı ₄	13	2.64	.38			
	Asgari ücretin 3 katından fazla ₅	21	2.51	.47			
	Asgari ücretten az ₁	2	2.06	.55	1.364	.261	-
	Asgari ücret ₂	5	2.51	.40			
Davranış Kontrolü	Asgari ücretin 2 katı ₃	11	2.60	.48			
	Asgari ücretin 3 katı ₄	13	2.63	.37			
	Asgari ücretin 3 katından fazla ₅	21	2.44	.30			
	Asgari ücretten az ₁	2	1.50	.47	2.991	.028	-
	Asgari ücret ₂	5	2.68	.89			
Genel İşlevler	Asgari ücretin 2 katı ₃	11	3.08	.83			
	Asgari ücretin 3 katı ₄	13	2.87	.64			
	Asgari ücretin 3 katından fazla ₅	21	2.47	.65			

Kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının gelir düzeyine göre değerlendirmek amacıyla (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme puanları, gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir, $F(4,47)= 2.940, p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, asgari ücretten az kazanan kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme puanı ortalamaları ($X=12.08$), asgari ücret kazanan kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme puanı ortalamalarından ($X=18.61$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Benzer şekilde, kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme ölçeğinin

iletişim alt boyutu puanları gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır, $F(4,47)=2.879$, $p<.05$. Anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizine göre, asgari ücretten az kazanan kumar bağımlısı bireylerin iletişim puanı ortalamaları ($X=1.50$), asgari ücret kazanan kumar bağımlısı bireylerin iletişim puanı ortalamalarından ($X=2.38$) istatistiksel olarak daha düşüktür.

Ancak, kumar bağımlısı bireylerde aile değerlendirme ölçeğinin problem çözme, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutları gelir düzeyine göre anlamlı farklılaşmamaktadır.

Aile Değerlendirme Ölçeği ve Öz kontrol-Özyönetim Ölçeğinin South Oaks Kumar Testi Ölçeği Üzerindeki Yordayıcı (Regresyon) Etkisinin İncelenmesi

Tablo 56.

Öz kontrol-Özyönetim Ölçeğinin South Oaks Kumar Testi Ölçeği Üzerindeki Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

	B	Standart Hata	β	t	R	R²	F	p
Sabit	10.565	.862	-	12.256	.455	.207	90.484	.000
Öz kontrol-Özyönetim	-.137	.014	-.455	-9.512				

Öz kontrol-özyönetim ölçeğinin kumar bağımlılığı ölçeğinin anlamlı bir yordayıcı olup olmadığını tespit etmek amacıyla regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre, öz kontrol-özyönetim ölçeği kumar bağımlılığı ölçeğini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordamaktadır, $R=.455$ $R^2=.207$, $F(1,347)=90.484$, $p<.01$. Buna göre, kumar bağımlılığı puanlarına ait varyansın %21'inin öz kontrol-özyönetim puanları ile açıklandığı ifade edilebilir.

Tablo 57.

Aile Değerlendirme Ölçeğinin South Oaks Kumar Testi Ölçeği Üzerindeki Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

	B	Standart Hata	β	t	R	R²	F	p
Sabit	-6.423	.837	-	7.672	.511	.261	122.44	.000
Aile Değerlendirme	.616	.056	.511	11.065				

Aile değerlendirme ölçeğinin kumar bağımlılığı ölçeğinin anlamlı bir yordayıcı olup olmadığını tespit etmek amacıyla regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre, aile değerlendirme ölçeği knumar bağımlılığı ölçeği istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordamaktadır, $R=.511$ $R^2=.261$, $F(1,347)= 122.44$, $p<.01$. Buna göre, kumar bağımlılığı puanlarına ait varyansın %26'sının aile değerlendirme puanları ile açıklandığı ifade edilebilir.

BÖLÜM V

Tartışma

Bu çalışmada sağlıklı bireylerin aile değerlendirme puanlarının ortalamaları kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme puanlarının ortalamalarından istatistiksel olarak daha düşük olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Benzer şekilde sağlıklı bireylerin problem çözme puanlarının ortalamaları da kumar bağımlısı bireylerin problem çözme puanlarının ortalamalarından istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Literatüre bakıldığında çalışma bulgumuza benzer olarak Başkan ve Kaya (2020) sağlıklı bireylerin, kumar oynayan bireylere göre aile değerlendirme puanı ortalamalarını daha düşük saptamışlardır. Ancak Akkuş ve Yıldırım bu çalışma sonuçlardan farklı olarak kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme puanı ortalamalarını sağlıklı bireylerden daha düşük saptamışlardır (Kaya ve Başkan 2020). Çıkan sonuçlardan hareketle patolojik davranış gösteren bireylerin aile değerlendirme puan ortalamalarının düşük olması beklenirken alan yazında farklı sonuçlar bulunması örneklem seçimine göre değişkenlik gösterebilmektedir.

Bu çalışmada sağlıklı bireylerin iletişim puanlarının ortalamaları, duygusal tepki verebilme puanlarının ortalamaları, gereken ilgiyi gösterebilme puanlarının ortalamaları, davranış kontrolü ve genel işlevler puanlarının ortalamaları kumar bağımlısı bireylerin puanlarının ortalamalarından istatistiksel olarak daha düşük oldukları saptanmıştır. Buradan hareketle patolojik kumar oynama davranışı sergileyen bireylerin aile işlevlerinde, insan ilişkilerinde, duygu-durumlarında genel işlevlerinde düşüş olabileceğini düşünmek mümkündür. Alan yazınlarına bakıldığında sağlıklı bireyler ve kumar bağımlısı olan bireylerle ilgili aile değerlendirme ve alt boyutlarını inceleme çalışmalarının kısıtlılığı göze çarpmaktadır.

Bu çalışmada sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanlarının ortalamaları kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanlarının ortalamalarından istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatüre bakıldığında kumar bağımlısı ile sağlıklı bireyler arasında özkontrol ve özyönetim ile ilgili yapılmış çalışmaların kısıtlılığı göze çarpmaktadır. Çalışma bulgumuza benzer olarak Bayındır (2018), Uzdil (2022), Akça (2019) da sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puan ortalamalarını kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim puan ortalamalarından daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Alan yazındaki ve çıkan sonuçlara bakılarak patolojik kumar oynayan bireylerin öz kontrolünün ve

denetimsiz davranışları sergilemesinin mümkün olabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmada kumar bağımlısı kadın bireylerin kendini ayarlama puanlarının ortalamaları kumar bağımlısı erkek bireylerin kendini ayarlama puanlarının ortalamalarından istatistiksel olarak daha düşük olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Literatüre bakıldığında öz kontrol ile ilgili yapılmış çalışmaların kısıtlılığı göze çarpmaktadır. Çalışma bulgumuza benzer olarak İncekara, Taş (2021) kumar bağımlısı kadın bireylerin, kumar bağımlısı erkek bireylerin kendini ayarlama puanlarının ortalamalarının istatistiksel olarak daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Ancak Akkuş ve Yıldırım'a göre buradaki sonuçlardan farklı olarak bu çalışmanın bulgularına bakıldığında, kadın ve erkeklerin kumar oynama motivasyonları açısından fark göstermediği sonucu bulunmuştur (Kaya ve Başkan 2020). Alan yazında farklı sonuçlar bulunması örneklem seçimine göre değişkenlik gösterebilmektedir. Yanı sıra çıkan sonuçlardan hareketle örneklemin çoğunluğunu ailesiyle ya da eşi ve çocuklarıyla yaşayan bireylerden oluştuğunu göz önüne alarak aile yönetiminde, ekonomik harcamalarda erkeklerin daha etkin rol aldığı düşünülmüş ve kadın bireylerin kontrolsüz davranışlar sergilemesinin eşine, partnerine maddi-manevi güveni olarak yorumlanmıştır.

Bu çalışmada sağlıklı bireylerin kendini ayarlama puanı ortalamaları yaşa göre incelendiğinde 18-24 yaş aralığında bulunan sağlıklı bireylerin kendini ayarlama puanı ortalamaları, 41 yaş ve üzerinde bulunan sağlıklı bireylerin kendini ayarlama puanı ortalamalarından istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Alan yazın incelendiğinde çalışma bulgumuza benzer olarak İncekara' da (2018) 40 yaş ve üzerinde bulunan sağlıklı bireylerin kendini ayarlama puanı ortalamalarından istatistiksel olarak daha düşük olduğunu saptamıştır. Bu sonuca bakarak yaşam tecrübeleri ile özkontrol arasında net bir ilişkinin olduğunu yorumlamak mümkündür.

Bu araştırmaya katılan katılımcılarda, tek tük sigara içen sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanı ortalamaları, haftada 1 paket sigara içen sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanı ortalamalarından istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Alan yazın incelendiğinde çalışma bulgumuzdan farklı olarak Uzdil (2022) ve İncekara (2021), sigara kullanan bireylerin öz kontrol düzeyleri, sigara kullanmayan bireylerin öz kontrol düzeylerine göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Kronik içicilerin yaş olarak daha büyük olabileceği, yaşın burada aracı bir değişken olabileceği düşünülmüştür.

Bu araştırmaya katılan katılımcılarda, eşi ve çocuklarıyla yaşayan sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanı ortalamaları, ailesiyle yaşayan sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanı ortalamalarından istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eşi ve çocuklarıyla yaşayan bireylerin öz kontrol düzeyleri, anne ve babasıyla yaşayan bireylerin öz kontrol düzeylerinden yüksek olması literatüre bakıldığında, bazı bireyler deneyimledikleri olumsuz yaşantılar sonucu öz kontrol seviyesinde zayıflama yaşayabilirken, bazı bireylerde ise var olan durumdan dersler çıkarıp öz denetiminde artış yaşanması şeklinde karşımıza çıkmaktadır (İncekara, 2021). Ayrıca literatüre bakıldığında araştırma sonuçlarından farklı sonuçlar da elde edildiği görölmektedir. Olumlu aile ilişkilerinin öz kontrol ve öz denetim becerilerini arttırdığı saptanmıştır (Gottfredson & Hirschi, (1990) ve Francis v.d., (2012).

Bu çalışmada, eşi ve çocuklarıyla yaşayan sağlıklı bireylerin kendini ayarlama puanı ortalamaları, tek başına yaşayan sağlıklı bireylerin kendini ayarlama puanı ortalamalarından ve ailesiyle yaşayan sağlıklı bireylerin kendini ayarlama puanı ortalamalarından istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Eşi ve çocuklarıyla yaşayan bireylerin kendilerini daha fazla dizginleyebilmesi olarak karşımıza çıkan bu sonuç, tek başına veya anne babasıyla yaşayan bireylere göre kendilerini ayarlama düzeyleri daha yüksek olarak yorumlanabilir. Alan yazın incelendiğinde kendini ayarlayabilme ile ilgili yapılmış çalışmaların kısıtlılığı göze çarpmaktadır. Çıkan sonuçlar ve alan yazınlar ışığında eşi ve çocukları ile yaşayan bireylerin ailesiyle yaşayan bireylere nazaran maddi, manevi daha fazla sorumluluk yüklenmesi sebebiyle alınan kararlarda ve davranışlarında daha kontrollü davrandığını yorumlamak mümkündür.

Bu çalışmada lise mezunu sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanı ortalamaları, lisansüstü mezunu sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanı ortalamalarından istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Literatüre bakıldığında İncekara (2021) bu çalışmanın bulgularından farklı olarak eğitim durumu lise olan bireylerin öz kontrol düzeyleri eğitim durumu lisans ve lisansüstü bireylere göre daha yüksek olduğunu saptamıştır. Bu hususta eğitim seviyesi düşük ve geliri kısıtlı bireylerinde arzu ettikleri nesnelere erişimi sınırlı olabileceği ve bu sayede öz kontrol seviyelerinin de eğitim seviyesi yüksek kişilere oranla daha yüksek olabileceği yorumu yapılırsa da tersi bir sonuç olduğu için bulgular çalışmamızı desteklememektedir. Lise mezunu sağlıklı bireylerin kendini ayarlama puanı

ortalamları, lisansüstü mezunu sağlıklı bireylerin kendini ayarlama puanı ortalamalarından istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Alan yazın incelendiğinde çalışma bulgumuzdan farklı olarak, çeşitli eğitim öğretim programlarında okuyan öğrenciler arasında kendini ayarlama açısından bir farklılık görülmediği saptanmıştır (Bacanlı, 2004).

Lisans mezunu kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanı ortalamaları, lise mezunu kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanı ortalamalarından istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde, lisans mezunu kumar bağımlısı bireylerin kendini pekiştirme puanı ortalamaları, lise mezunu kumar bağımlısı bireylerin kendini pekiştirme puanı ortalamalarından istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Türkiye’de yapılan çalışmalar ve uluslararası araştırmalar incelendiğinde çalışma bulgularımızla benzer bulgulara rastlanmıştır. Literatürde düşük öz kontrol ile çeşitli değişkenler ele alınmıştır. Düşük öz kontrole sahip bireyler, düşünmeden hareket etme, arzuladıkları olguyu hemen yapma isteği, dürtüsellik (Muraven & Slessareva, 2003), dikkat eksikliği ve hiperaktivite ile birtakım bağımlılıklara sahip olma (Moffitt v.d., 2010), kumar ve diğer bağımlılıklarla ilişkili görünmüştür (Vazsonyi v.d., 2006). Bireylerin kumar oynama isteği ve öz kontrol düzeyleri birlikte incelenmiş ve düşük öz kontrole sahip bireylerin kontrolsüz bir şekilde kumar oynadığı ve istenmeyen davranışlar sergilediği görülmüştür (Patock-Peckham v.d., 2010). Birçok bağımlılık türünde olduğu gibi kumar bağımlılığının da döngülerinin olduğu bilinmektedir. Bu döngülerden bazıları; “istersem bırakırım, ben bağımlı olmam, keyfine oynuyorum oynamadığımda yokluğunu hissetmem” şeklindeki söylemlerdir. Bağımlı kişi bağımlı olduğu nesneye karşı, bağımlı olmadığını eğer isterse bırakabileceği gibi otomatik düşüncelere sahip olduğu ve öz kontrolünün elinde olduğu yanılığına düşebilir. Lisans mezunu kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme puanı ortalamaları, problem çözme puanı ortalamaları, iletişim puanı ortalamaları, duygusal tepki verebilme puanı ortalamaları, lise mezunu kumar bağımlısı bireylerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak daha düşüktür. Alan yazın incelendiğinde çalışma bulgumuza benzer olarak, İncekara (2021) yılında yaptığı araştırmada eğitim durumu lise olan bireylerin aile değerlendirme düzeyleri eğitim durumu lisans ve lisansüstü bireylere göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Acar ve arkadaşları (2018) yılında yaptığı araştırmada, araştırma bulgumuzdan farklı bir sonuç olsa da, eğitim seviyesi yükseldikçe ekonomik durumunda bununla paralel olarak arttırdığı

düşünülebilir. Eğitim seviyesi yüksek kişilerin sahip olduğu ekonomik özgürlük ile eğitim seviyesi nispeten daha düşük bireylere oranla arzuladıkları nesnelere elde etmelerinin daha olası olduğu söylenebilir. Bireylerin içgüdüsel olarak kazanma ve elde etme arzusu göz önüne alındığında arzuladıkları nesnelere elde ettikçe daha da artabileceği ve aile değerlendirme, problem çözme, iletişim ve duygusal tepki verebilme seviyelerinin azalabileceği öngörüsü oluşabilir. Eğitim seviyesi düşük ve geliri kısıtlı bireylerinde arzu ettikleri nesnelere erişimi sınırlı olabileceği ve bu sayede aile değerlendirme, problem çözme, iletişim ve duygusal tepki verebilme seviyelerinin de eğitim seviyesi yüksek kişilere oranla daha yüksek olabileceği yorumu yapılabilir.

Bu çalışmada öğrenci olan kumar bağımlısı bireylerin problem çözme puanı ortalamaları, masa başı işte çalışan kumar bağımlısı bireylerin problem çözme puanı ortalamalarından ve bedensel işte çalışan kumar bağımlısı bireylerin problem çözme puanı ortalamalarından istatistiksel olarak daha düşüktür. Literatüre bakıldığında öğrenciler üzerinde yapılmış kumar bağımlılığı ve problem çözme ilişkisi ile ilgili yapılmış çalışmaların kısıtlılığı göze çarpmaktadır. Kumar bağımlısı öğrencilerin problem çözebilme seviyelerinin, masa başı işte çalışan veya bedensel işte çalışan kumar bağımlılarının problem çözebilme seviyelerinden daha düşük olması; öğrencilerin nispeten daha az bir gelire sahip olması ya da çalışmadan elde ettiği aileden gelen parayla geçimini sağlaması maddi yönden problemi çözememesine olanak sağlarken, çalışma hayatı olmadığı için, çalışma hayatında öğrenebileceği olası problem çözme tecrübesinden uzak olması da önemli bir etken olarak yorumlanabilir.

Asgari ücret kazanan kumar bağımlısı bireylerin kendini değerlendirme puanı ortalamaları, asgari ücretin 3 katından fazla kazanan kumar bağımlısı bireylerin kendini değerlendirme puanı ortalamalarından istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde çalışma bulgularımızla benzerlik gösterdiği görülmektedir. Başkan ve Kaya'ya göre (2020) düşük gelirli kumar bağımlılarının kendini değerlendirme eğilimlerinin yüksek gelirli kumar bağımlılarından daha düşük olduğu saptanmıştır. Asgari ücretten az kazanan kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme puanı ortalamaları ve iletişim puanı ortalamaları, asgari ücret kazanan kumar bağımlısı bireylerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak daha düşüktür. Alan yazın incelendiğinde çalışma bulgumuza benzer olarak, Akça (2019), Bayındır (2018) ve Bayar (2016) da düşük gelirli kumar bağımlısı bireylerin aile

değerlendirme eğiliminin, yüksek gelirli bireylerden daha düşük olduğunu saptanmıştır. Asgari ücretten az kazanan kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme seviyelerindeki bu düşüş maddi kaygılarla açıklanabilecek, içinde bulunulan buhranın aile içinde dışa vurumu şeklinde yorumlanabilir.

Kumar bağımlısı kadın bireylerin aile değerlendirme puanlarının ortalamaları, kumar bağımlısı erkek bireylerin aile değerlendirme puanlarının ortalamalarından istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde kumar bağımlısı kadın bireylerin problem çözme puanlarının, davranış kontrolü puanlarının, iletişim puanları, genel işlevler puanlarının ortalamaları, kumar bağımlısı erkek bireylerin puanlarının ortalamalarından istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Alan yazın incelendiğinde çalışma bulgumuza benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Bayındır' de (2018) kumar bağımlısı bireylerde kadın erkek tutum farklılıklarına dikkat çekmektedir(Bacanlı, 2004). Alan yazın incelendiğinde çalışma bulgularımızdan farklı sonuçlara da ulaşılmıştır. Başkan ve Kaya'ya göre (2020) kumar bağımlılığında cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Çıkan sonuçlar ve alan yazın ışığında konu bağımlılık ve olumsuz getireleri olsa dahi kadın bireylerin aile bireylerinin refah ve menfati adına korumacı bir tavır, problemler ile baş etme stratejileri geliştirme potansiyelleri olduğu yorumlanabilir.

Alkol kullanmayan sağlıklı bireylerin aile değerlendirme puanı ortalamaları, günde 1 kadeh içen sağlıklı bireylerin aile değerlendirme puanı ortalamalarından istatistiksel olarak daha düşük bulunmuştur. Ayrıca haftada 1 kadeh alkol kullanan sağlıklı bireylerin iletişim puanı ortalamaları, alkol kullanmayan sağlıklı bireylerin iletişim puanı ortalamaları ve nadiren alkol kullanan sağlıklı bireylerin iletişim puanı ortalamalarından istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Alan yazın incelendiğinde çalışma bulgumuza benzer bir sonuca rastlanmamıştır. Alkol kullanmayan veya nadiren alkol kullanan bireylerin aile değerlendirme yöneliminin sık alkol kullanan bireylerden daha yüksek olduğu savunulmaktadır (Adıgüzel, 2018; Berzenski ve Yates 2010; Katar, 2020; Şimşek 2017; Wekerle vd., 2009). Tüm bu veriler doğrultusunda çalışma bulgumuzun alan yazındaki sonuçlarla tutarsız olmasının, çalışmalardaki katılımcıların kişisel özelliklerinin farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sigara kullanmayı bırakan sağlıklı bireylerin aile değerlendirme puanı ortalamaları, problem çözme puanı ortalamaları, iletişim puanı ortalamaları, davranış kontrolü puanı ortalamaları, duygusal tepki verebilme puanı ortalamaları ve genel

işlevler puanı ortalamaları; haftada 1 paket sigara içen sağlıklı bireylerin ortalamalarından istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Alan yazın incelendiğinde çalışma bulgumuza benzer olarak, Acar, Kaylı, Yarıbaş (2018), Başkan ve Kaya (2020) sigara kullanmayı bırakan bireylerin aile değerlendirme yönelimin, problem çözme veya problemle başa çıkma eğilimlerinin daha yüksek olduğunu savunmaktadırlar. Bu sonuçlar doğrultusunda eşlik eden bağımlılıkların aile işlevlerinde düşüşe sebebiyet verdiği yorumlanabilir.

BÖLÜM VI

Sonuç

Bu çalışmada patolojik kumar davranışı gösteren bireyler ve patolojik düzeyde kumar oynamayan bireylerin aile işlevsellikleri ve öz-kontrolleri arasındaki farklılıklar incelenmiştir. Ayrıca; değişkenler arasındaki ilişkiler, yordayıcılıkları ve sosyodemografik özellikler arasındaki etkileri de incelenmiştir.

Kumar bağımlısı kadın bireylerin kendini ayarlama puanlarının ortalamaları kumar bağımlısı erkek bireylerin kendini ayarlama puanlarının ortalamalarından istatistiksel olarak daha düşüktür bulgusuna ulaşılmıştır. Sağlıklı bireylerin kendini ayarlama puanı ortalamaları yaşa göre incelendiğinde 18-24 yaş aralığında bulunan sağlıklı bireylerin kendini ayarlama puanı ortalamaları, 41 yaş ve üzerinde bulunan sağlıklı bireylerin kendini ayarlama puanı ortalamalarından istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Kumar bağımlısı kadın bireylerin aile değerlendirme puanlarının ortalamaları, kumar bağımlısı erkek bireylerin aile değerlendirme puanlarının ortalamalarından istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde kumar bağımlısı kadın bireylerin problem çözme puanlarının, davranış kontrolü puanlarının, iletişim puanları, genel işlevler puanlarının ortalamaları, kumar bağımlısı erkek bireylerin puanlarının ortalamalarından istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada, tek tük sigara içen sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanı ortalamaları, haftada 1 paket sigara içen sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanı ortalamalarından istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca eşi ve çocuklarıyla yaşayan sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanı ortalamaları, ailesiyle yaşayan sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanı ortalamalarından istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Eşi ve çocuklarıyla yaşayan sağlıklı bireylerin kendini ayarlama puanı ortalamaları, tek başına yaşayan sağlıklı bireylerin kendini ayarlama puanı ortalamalarından ve ailesiyle yaşayan sağlıklı bireylerin kendini ayarlama puanı ortalamalarından istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Lise mezunu sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanı ortalamaları, lisansüstü mezunu sağlıklı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanı ortalamalarından istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca lise mezunu sağlıklı bireylerin kendini ayarlama puanı ortalamaları, lisansüstü mezunu sağlıklı bireylerin

kendini ayarlama puanı ortalamalarından istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Lisans mezunu kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanı ortalamaları, lise mezunu kumar bağımlısı bireylerin öz kontrol-özyönetim puanı ortalamalarından istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Lisans mezunu kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme puanı ortalamaları, iletişim puanı ortalamaları, duygusal tepki verebilme puanı ortalamaları, problem çözebilme puanı ortalamaları, lise mezunu kumar bağımlısı bireylerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak daha düşüktür. Öğrenci olan kumar bağımlısı bireylerin problem çözme puanı ortalamaları, masa başı işte çalışan kumar bağımlısı bireylerin problem çözme puanı ortalamalarından ve bedensel işte çalışan kumar bağımlısı bireylerin problem çözme puanı ortalamalarından istatistiksel olarak daha düşüktür. Ayrıca asgari ücretten az kazanan kumar bağımlısı bireylerin aile değerlendirme puanı ortalamaları ve iletişim puanı ortalamaları, asgari ücret kazanan kumar bağımlısı bireylerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak daha düşüktür.

Bu araştırmaya katılan katılımcılarda asgari ücret kazanan kumar bağımlısı bireylerin kendini değerlendirme puanı ortalamaları, asgari ücretin 3 katından fazla kazanan kumar bağımlısı bireylerin kendini değerlendirme puanı ortalamalarından istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır.

Alkol kullanmayan sağlıklı bireylerin aile değerlendirme puanı ortalamaları, günde 1 kadeh içen sağlıklı bireylerin aile değerlendirme puanı ortalamalarından istatistiksel olarak daha düşük bulunmuştur. Ayrıca haftada 1 kadeh alkol kullanan sağlıklı bireylerin iletişim puanı ortalamaları, alkol kullanmayan sağlıklı bireylerin iletişim puanı ortalamaları ve nadiren alkol kullanan sağlıklı bireylerin iletişim puanı ortalamalarından istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca sigara kullanmayı bırakan sağlıklı bireylerin aile değerlendirme puanı ortalamaları, problem çözme puanı ortalamaları, iletişim puanı ortalamaları, davranış kontrolü puanı ortalamaları, duygusal tepki verebilme puanı ortalamaları ve genel işlevler puanı ortalamaları; haftada 1 paket sigara içen sağlıklı bireylerin ortalamalarından istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Öneriler

Klinisyene Öneriler

Klinisyenler tarafından, patolojik kumar oynayan bireyler ile patolojik düzeyde kumar oynamayan bireylerin aile işlevsellikleri ve öz-kontrollerin kişilerarası yaşadıkları problemleri çözme ve ruh sağlıklarını korumak adına

planlamalar yapılması ve bu eğitimlerde aktif rol alması önerilir.

Klinisyenler tarafından bireylerdeki problemlili kumar oynama davranışının toplum içerisinde popüleritesinin artması ve gelişen bilişim sistemleri ile birlikte kumara erişimin kolay ve denetiminde yetersiz olması sebebiyle tehlikeli boyutlara ulaşabileceği düşünülmektedir. Söz konusu edilen risklerin minimuma indirilmesi için bağımlılıkla mücadele kapsamında kumar bağımlılığının farklı değişkenlerle de ele alınıp toplumdaki farkındalığı arttırmanın önemli olacağı belirtilebilir.

Klinisyenler tarafından kumar oynama bağımlısı ile ilgili bireyden kaynaklı ve aile ortamından kaynaklı sebeplerin incelendiği ileri çalışmaların yapılması önerilir.

Eğitim düzeyinin düşük olması öz kontrol düzeyleri için risk faktörü olduğu görülmüş ve klinisyenler tarafından eğitim düzeyi düşük olan bireylerin öz kontrol davranışlarını arttırmaya yönelik etkinliklerin planlanmasının etkili sonuçlar verebileceği düşünülmektedir.

Klinisyenler tarafından patolojik kumar oynayan bireylerin öfke kontrolü, güvenli davranış, duygu ve düşünceleri rahatça ifade edebilme gibi konularda eğitim verilmesi ve hastaların çocukluk çağı örselenmesi ve şiddete uğrama yönünden değerlendirilerek tedavi için yönlendirilmesi önerilir.

Kurumlara Yönelik Öneriler

Patolojik kumar oynayan bireylerin, aile yapıları, aile ortamları konusunda psikolojik ve sosyolojik destekler verilmelidir, veriliyorsa arttırılmalıdır.

Öz kontrol düzeylerinin kumar oynama davranışlarını tetikleyebileceği göz önüne alındığında, kumar oynama davranışını önleme çalışmalarında heyecan arama düzeylerini en aza indirme ve öz kontrol davranışlarını arttırmaya yönelik etkinliklerin planlanmasının etkili sonuçlar verebileceği düşünülmektedir.

Ülkemizde kumar bağımlılığı bir bağımlılık olarak değil serbest zaman aktivitesi olarak değerlendirilmektedir. Öncelikle okullarda bağımlılık ile ilgili seminerler, eğitim düzeylerine göre öğrencilerin farkındalıklarını arttıracak aktiviteler planlanmanın toplumun geleceği adına olumlu olacağı düşünülmektedir. Ruh sağlığı alanında çalışan bireylerin yerel yöneticiler, politikacılar ve başta Yeşilay olmak üzere çeşitli sivil toplum kuruluşları ile birlikte gerekli konsültasyonlar yapılarak bireylerin bağımlılık konusunda bilinçlenmesini ve ana sorumluluklar arasında olmasının gerekli olacağı düşünülmektedir.

Araştırmacılara Yönelik Öneriler

Bu araştırmadaki sonuçlar, patolojik kumar oynayan bireyler ile patolojik düzeyde kumar oynamayan 349 kişi ile sınırlıdır. Bu konuyla ilgili yapılacak araştırmanın amaçlı örnekleme yöntemiyle bağımlılık hastahanelerinde tedavi gören patolojik kumar oynayan bireylerden toplanarak daha güvenilir sonuçlara ulaşılması ve geniş bir örneklem grubuyla gerçekleştirilmesi önerilir.

Bu konuyla ilgili yapılacak araştırmanın kartopu örneklem yerine amaçlı örneklem yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmesi önerilir.

Bu çalışmada patolojik kumar oynayan bireyler ile patolojik düzeyde kumar oynamayan bireylerin aile işlevsellikleri ve öz-kontrolleri arasındaki farklılıklar incelenmiştir. Yaptığımız çalışma ile ilgili sınırlı çalışmalardan dolayı bu konuyla ilgili çalışmaların çoğaltılması önerilir.

Kaynakça

- Acar, S., Kaylı, D. Ş., & Yararbaş, G. (2019). Sigara kullanan, sigara bırakma tedavisi alan ve sigara kullanmayan bireylerin psikolojik dayanıklılık ve stresle başa çıkma tutumları bakımından karşılaştırılması. *The Turkish Journal on Addictions*, 6, 539-66.
- Akça, F. (2019). Sustainable development in teacher education in terms of being solution oriented and self-efficacy. *Sustainability*, 11(23), 6878.
- Aktan, E. (2018). Üniversite öğrencilerinin sosyal medya bağımlılık düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *Erciyes İletişim Dergisi*, 5(4), 405-421.
- Allahverdipour, H., Hidarnia, A., Kazamnegad, A., Shafii, F., Fallah, P. A., & Emami, A. (2006). The status of self-control and its relation to drug abuse-related behaviors among Iranian male high school students. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 34(4), 413-424.
- Allami, Y., Hodgins, D. C., Young, M., Brunelle, N., Currie, S., Dufour, M., ... & Nadeau, L. (2021). A meta-analysis of problem gambling risk factors in the general adult population. *Addiction*, 116(11), 2968-2977.
- Altuner, D., Engin, N., Gürer, C., Akyay, İ., & Akgül, A. (2009). Madde kullanımı ve suç ilişkisi: kesitsel bir araştırma. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 7(2), 87-94.
- American Psychiatric Association. (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Andreassen, C. S., Billieux, J., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Demetrovics, Z., Mazzoni, E., & Pallesen, S. (2016). The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(2), 252.
- Arcan, K., & Karanci, A. (2014). Adaptation, Validity, And Reliability Study Of The FiveFactor Gambling Motives Scale. *Anatolian Journal Of Psychiatry*, 15(3), 248-256.
- Babacan, M. E. (2016). Sosyal medya kullanım alanları ve bağımlılık ilişkisi. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 3(1), 7-28.
- Bacanlı, H. (1990). Kendini ayarlama becerisinin çeşitli değişkenlerle ilişkisi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal*

Bilimler Enstitüsü, Ankara.

- Balcı, S., & Yılmaz, M. Çocukları Anaokuluna Devam Eden Annelere Verilen İletişim Becerileri Eğitiminin ailenin İşlevlerine Katkısı. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 2(14), 17-24.
- Bartley, C. A., & Bloch, M. H. (2013). Meta-analysis: pharmacological treatment of pathological gambling. *Expert review of neurotherapeutics*, 13(8), 887-894.
- Baumeister, R. F. (2002). Yielding to temptation: Self-control failure, impulsive purchasing, and consumer behavior. *Journal of consumer Research*, 28(4), 670-676.
- Baumeister, R. F., & Alquist, J. L. (2009). Is there a downside to good self-control?. *Self and Identity*, 8(2-3), 115-130.
- Baumeister, R. F., DeWall, C. N., Ciarocco, N. J., & Twenge, J. M. (2005). Social exclusion impairs self-regulation. *Journal of personality and social psychology*, 88(4), 589.
- Baumeister, R. F., Vohs, K. D., & Tice, D. M. (2007). The strength model of self-control. *Current directions in psychological science*, 16(6), 351-355.
- Bayar, B., & Stamm, M. C. (2016, June). A deep learning approach to universal image manipulation detection using a new convolutional layer. In *Proceedings of the 4th ACM workshop on information hiding and multimedia security* (pp. 5-10).
- Bayındır, G. (2018). Kumar Ve Şans Oyunlarına Toplumsal Bakış: Niğde Örneği. *Milli Kültür Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 58-83.
- Bayındır, G. (2018). Kumar Ve Şans Oyunlarına Toplumsal Bakış: Niğde Örneği. *Milli Kültür Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 58-83.
- Bennett, S., Farrington, D. P., & Huesmann, L. R. (2005). Explaining gender differences in crime and violence: The importance of social cognitive skills. *Aggression and violent behavior*, 10(3), 263-288.
- Bennett, S., Farrington, D. P., & Huesmann, L. R. (2005). Explaining gender differences in crime and violence: The importance of social cognitive skills. *Aggression and violent behavior*, 10(3), 263-288.
- Bilge, N., Simsek, F., Yevgi, R., Ceylan, M., & Askın, S. (2021). Low serum A-Synuclein And Oligomer A-Synuclein levels in multiple sclerosis patients. *Journal of Neuroimmunology*, 350, 577432.

- Bilici, R., Uğurlu, G. K., Tufan, E., Güven, T., & Uğurlu, M. (2012). Bir bağımlılık merkezinde yatarak tedavi gören hastaların sosyodemografik özellikleri. *Fırat Tıp Dergisi*, *17*(4), 223-227.
- Black, D. W., & Moyer, T. (1998). Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. *Psychiatric Services*, *49*(11), 1434-1439.
- Bland, R. C., Newman, S. C., Orn, H., & Stebelsky, G. (1993). Epidemiology of pathological gambling in Edmonton. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *38*(2), 108-112.
- Blankstein, K. R., & Polivy, J. (2012). *Self-control and self-modification of emotional behavior* (Vol. 7). Springer Science & Business Media.
- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of gambling and problem gambling. *Addiction*, *97*, 487-499.
- Blume, S. B. (1988). Compulsive gambling and the medical model. *Journal of Gambling Behavior*, *3*(4), 237-247.
- Bowen, M. (1966). The use of family theory in clinical practice. *Comprehensive psychiatry*, *7*(5), 345-374.
- Boyalı, C. (2020). Öz-Kontrol İle Akademik Erteleme Arasındaki İlişkide Akıllı Telefon Bağımlılığının Aracı Rolünün İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul.
- Boytos, A. S., Pettijohn, I. I., & Terry, F. (2017). The effects of religion and career priming on self-control during difficult tasks in college students. *Psi Chi Journal of Psychological Research*, *22*(4), 286-293.
- Bozdağ, Y. (2018). Film analizi yöntemi ile aile terapileri: Gilbert'in Hayalleri. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, *2*(3), 87-95.
- Bozdağlıoğlu, Y., & Çınar, Ö. Z. E. N. (2004). Liberalizmden neoliberalizme güç olgusu ve sistemik bağımlılık. *Uluslararası İlişkiler Dergisi*, *1*(4), 59-79.
- Brannigan, A., Gemmell, W., Pevalin, D. J., & Wade, T. J. (2002). Self-control and social control in childhood misconduct and aggression: The role of family structure, hyperactivity, and hostile parenting. *Canadian Journal of Criminology*, *44*(2), 119-142.
- Braverman, J., & Shaffer, H. J. (2012). How do gamblers start gambling: Identifying behavioural markers for high-risk internet gambling. *The European*

Journal of Public Health, 22(2), 273-278.

- Bulut, I. (1993). *Ruh hastalığının aile işlevlerine etkisi*. TC Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı.
- Calado, F., & Griffiths, M. D. (2016). Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000–2015). *Journal of behavioral addictions, 5(4), 592-613.*
- Calado, F., Alexandre, J., & Griffiths, M. D. (2017). Prevalence of adolescent problem gambling: A systematic review of recent research. *Journal of gambling studies, 33(2), 397-424.*
- Can MŞ. (2007). İlköğretim 2.Kademe Öğrencilerinde Görülen “Madde Bağımlılığı” Alışkanlığı (Sakarya İli Örneği) . *Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*
- Carlbring, P., Jonsson, J., Josephson, H., & Forsberg, L. (2010). Motivational interviewing versus cognitive behavioral group therapy in the treatment of problem and pathological gambling: A randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy, 39(2), 92-103.*
- Carr, A. (2012). *Family therapy: Concepts, process and practice*. John Wiley & Sons.
- Christie-Mizell, C. A. (2003). Bullying: The consequences of interparental discord and child's self-concept. *Family Process, 42(2), 237-251.*
- Clark L. (2014). Disordered gambling: the evolving concept of behavioral addiction. *Ann.N.Y. Acad. Sci. 1327: 46-61.*
- Clark, L., Boileau, I., & Zack, M. (2019). Neuroimaging of reward mechanisms in Gambling disorder: an integrative review. *Molecular psychiatry, 24(5), 674-693.*
- Cocker, P. J., Hosking, J. G., Murch, W. S., Clark, L., & Winstanley, C. A. (2016). Activation of dopamine D4 receptors within the anterior cingulate cortex enhances the erroneous expectation of reward on a rat slot machine task. *Neuropharmacology, 105, 186-195.*
- Corey, G. (2015). *Psikolojik danışma kuram ve uygulamaları*. Ankara: Mentis Yayıncılık.
- Coşkun, İ. (2017). *Psikopatolojinin, kumar oynama davranışı ve alkol-madde kötüye kullanımı ile ilişkisi* (Master's thesis, Işık Üniversitesi).
- Coşkun, S., Kılıç, H. S., & Sarıkoç, G. (2021). Ebeveynlerin aile hayatı ve çocuk

- yetiştirme tutumları ile ergenlerin internet bağımlılığı. *Humanistic Perspective*, 3(3), 780-799.
- Cunningham-Williams, R. M., Cottler, L. B., Compton 3rd, W. M., & Spitznagel, E. L. (1998). Taking chances: problem gamblers and mental health disorders--results from the St. Louis Epidemiologic Catchment Area Study. *American journal of public health*, 88(7), 1093-1096.
- Çakıcı, M. (2012). The Prevalence and Risk Factors of Gambling Behavior in Turkish Republic of Northern Cyprus. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 13(4), 243–249.
- Çakici, M., Çakici, E., Karaaziz, M., & Babayiğit, A. (2019). KKTC'de kumar yaygınlığı, risk etkenleri ve kültür tutumları ile ilişkisi: 2007-2014. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20(4).
- Çakmak, S., & Tamam, L. (2018). Kumar oynama bozukluğu: Genel bir bakış. *Bağımlılık Dergisi*, 19(3), 78-97.
- Çalın, S. (2019) *Anadolu Bölgesinde kumar bağımlılığının psikolojik semptomlarla olan ilişkisinin incelenmesi* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Çalışkan M. (2017). Aile İlişkisinin Evlilik Doyumuyla İncelenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*.Yıl: 17 Sayı: 39 Tarih: Temmuz-Aralık 2017 Ss: 59-74 Issn: 2148-9424
- Çavuş, S., Ayhan, B., & Tuncer, M. (2016). Bilgisayar oyunları ve bağımlılık: Üniversite öğrencileri üzerine bir alan araştırması. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*, (43).
- De Ridder, D. T., Lensvelt-Mulders, G., Finkenauer, C., Stok, F. M., & Baumeister, R. F. (2012). Taking stock of self-control: A meta-analysis of how trait self-control relates to a wide range of behaviors. *Personality and Social Psychology Review*, 16(1), 76-99.
- De Ruiter, M. B., Veltman, D. J., Goudriaan, A. E., Oosterlaan, J., Sjoerds, Z., & Van Den Brink, W. (2009). Response perseveration and ventral prefrontal sensitivity to reward and punishment in male problem gamblers and smokers. *Neuropsychopharmacology*, 34(4), 1027-1038.
- Dedovic, K., Duchesne, A., Andrews, J., Engert, V., & Pruessner, J. C. (2009). The brain and the stress axis: the neural correlates of cortisol regulation in response to stress. *Neuroimage*, 47(3), 864-871.
- Delfabbro, P., King, D. L., Browne, M., & Dowling, N. A. (2020). Do EGMs have a

- stronger association with problem gambling than racing and casino table games? Evidence from a decade of Australian prevalence studies. *Journal of Gambling Studies*, 36(2), 499-511.
- Derin, S., & Bilge, F. (2017). Patolojik kumar oynama: Bir olgu sunumu. *Pegem Atf İndeksi*, 485-494.
- Dinç, M. (2014). Küçümsenen Büyük Tehlike: Kumar ve Şans Oyunları. *Yeşilay*(967), 21-24.
- Dowling, N. A., Merkouris, S. S., & Lorains, F. K. (2016). Interventions for comorbid problem gambling and psychiatric disorders: Advancing a developing field of research. *Addictive Behaviors*, 58, 21-30.
- Duckworth, A. L., & Seligman, M. E. (2005). Self-discipline outdoes IQ in predicting academic performance of adolescents. *Psychological science*, 16(12), 939-944.
- Duyan, V., & Gövebakan, R. (2015). Madde Bağımlılığı ve Aile. (A. Timur, Dü.) Yeni İnsan Yayınevi.
- Duvarcı İ. ve Varan A. (2001). South Oaks Kumar Tarama Testi Türkçe Formu Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12(1):34-45
- Edition, F. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Am Psychiatric Assoc*, 21(21), 591-643.
- Eken, A. (2010). *Ergenlerin anne-babaya bağlanma biçimleri ile öznel iyi oluş durumlarının sosyal yetkinlik beklentileriyle ilişkileri*. Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of marital and family therapy*, 9(2), 171-180.
- Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Levin, S. (1978). The McMaster model of family functioning. *Journal of Marital and Family therapy*, 4(4), 19-31.
- Ercoşkun, M. (2016). Adaptation of Self-Control and Self-Management Scale (SCMS) into Turkish culture: A study on reliability and validity. *Educational Sciences-Theory & Practice*, 16(4).
- Erdoğan, Y. (2017). Lise Düzeyindeki Ergenlerin Kumar Oynamaları İle Riskli Davranışları Arasındaki İlişkiler. Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Psikoloji Anabilim Dalı. İstanbul
- Evren C. ve Bozkurt M. (2016). "Kumar Oynama Bozukluğunda Tanı Ve Tedavi".

Psikiyatride Güncel. 6:208-21

- Feldmann, S. C., Martinez-Pons, M., & Shaham, D. (1995). The relationship of self-efficacy, self-regulation, and collaborative verbal behavior with grades: Preliminary findings. *Psychological Reports*, 77(3), 971-978.
- Flaskas, C. (2005). Psychoanalytic ideas and systemic family therapy: Revisiting the question 'Why bother?'. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 26(3), 125-134.
- Fırat, M. (2017). Relationship between self-control and Facebook use: Case of CEIT students. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 17, 1179–1201.
- Fişek, N. (1983). Halk Sağlığına Giriş. Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırıcı Yetiştirme Merkezi, Yayın No: 2, Ankara.
- Forgas, J. P., Baumeister, R. F., & Tice, D. M. (2011). *Psychology of self-regulation: Cognitive, affective, and motivational processes*. Psychology press.
- Francis, S. E., Mezo, P. G., & Fung, S. L. (2012). Self-control training in children: A review of interventions for anxiety and depression and the role of parental involvement. *Psychotherapy Research*, 22(2), 220-238.
- Friese, M., & Hofmann, W. (2009). Control me or I will control you: Impulses, trait self-control, and the guidance of behavior. *Journal of Research in Personality*, 43(5), 795-805.
- Fujita, K. (2008). Seeing the forest beyond the trees: A construal-level approach to self-control. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(3), 1475-1496.
- Fujita, K. (2011). On conceptualizing self-control as more than the effortful inhibition of impulses. *Personality and social psychology review*, 15(4), 352-366.
- Fujita, K. (2011). On conceptualizing self-control as more than the effortful inhibition of impulses. *Personality and social psychology review*, 15(4), 352-366.
- Fujita, K., Trope, Y., Liberman, N., & Levin-Sagi, M. (2006). Construal levels and self-control. *Journal of personality and social psychology*, 90(3), 351.
- Gainsbury, S. M. (2015). Online gambling addiction: the relationship between internet gambling and disordered gambling. *Current addiction reports*, 2(2), 185-193.

- Gladding, S. T. (2015). Aile terapisi: Tarihi, kuram ve uygulamaları (5. baskı). *Ankara: PDR Yayınları*.
- Gözübüyük, N. (2016). Okul öncesi dönem çocuklarında davranış sorunlarının anne-baba tutumu ve öz kontrol ile ilişkisinin incelenmesi (Yüksek lisans tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın).
- Grant, J. E., Kim, S. W., & Odlaug, B. L. (2007). N-acetyl cysteine, a glutamate-modulating agent, in the treatment of pathological gambling: a pilot study. *Biological psychiatry*, 62(6), 652-657.
- Grant, J. E., Odlaug, B. L., Chamberlain, S. R., Hampshire, A., Schreiber, L. R., & Kim, S. W. (2013). A proof of concept study of tolcapone for pathological gambling: relationships with COMT genotype and brain activation. *European Neuropsychopharmacology*, 23(11), 1587-1596.
- Grant, J. E., Odlaug, B. L., Potenza, M. N., Hollander, E., & Kim, S. W. (2010). Nalmefene in the treatment of pathological gambling: multicentre, double-blind, placebo-controlled study. *The British Journal of Psychiatry*, 197(4), 330-331.
- Grant, J. E., Potenza, M. N., Hollander, E., Cunningham-Williams, R., Nurminen, T., Smits, G., & Kallio, A. (2006). Multicenter investigation of the opioid antagonist nalmefene in the treatment of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 163(2), 303-312.
- Grant, J. E., Schreiber, L. R., & Odlaug, B. L. (2013). Phenomenology and treatment of behavioural addictions. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(5), 252-259.
- Green, L., Fristoe, N., & Myerson, J. (1994). Temporal discounting and preference reversals in choice between delayed outcomes. *Psychonomic Bulletin & Review*, 1(3), 383-389.
- Hardoon, K. K., & Derevensky, J. L. (2002). Child and adolescent gambling behavior: Current knowledge. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(2), 263-281.
- Harris, N., Newby, J., & Klein, R. G. (2015). Competitiveness facets and sensation seeking as predictors of problem gambling among a sample of university student gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 31(2), 385-396.
- Higgins, G. E., Marcum, C. D., Freiburger, T. L., & Ricketts, M. L. (2012). Examining the role of peer influence and self-control on downloading

- behavior. *Deviant Behavior*, 33(5), 412-423.
- Hing, N., Breen, H., Gordon, A., & Russell, A. (2014). Risk factors for problem gambling among indigenous Australians: an empirical study. *Journal of Gambling Studies*, 30(2), 387-402.
- Hodgins, D. C., Stea, J. N., & Grant, J. E. (2011). Gambling disorders. *The Lancet*, 378(9806), 1874-1884.
- Hollander, E., DeCaria, C. M., Mari, E., Wong, C. M., Mosovich, S., Grossman, R., & Begaz, T. (1998). Short-term single-blind fluvoxamine treatment of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1781-1783.
- İncekara Hİ. (2021). Yetişkinlerde Kumar Bağımlılığı İle Heyecan Arama Ve Öz Kontrol Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı Rehberlik Ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*.
- İncekara, H. İ., & Taş B. (2022). Yetişkinlerde Kumar Bağımlılığı ile İlişkili Sosyodemografik Değişkenlerin İncelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 23(4), 1-1.
- Jessup, R. K., & O'Doherty, J. P. (2011). Human dorsal striatal activity during choice discriminates reinforcement learning behavior from the gambler's fallacy. *Journal of Neuroscience*, 31(17), 6296-6304.
- Kabadayı, F. (2018). *Benliğin kariyer araştırma öz-yeterliğini yordayıcı rolü: öz-aşkınlık, öz-bilinç, öz-kontrol ve öz-yönetim* (Doctoral dissertation, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü (Eğitim Bilimleri)).
- Kagıtçıbaşı, C. (2010). Benlik, Aile ve İnsan gelişimi-Kültürel Psikoloji. *Koç Üniversitesi Yayınları, İstanbul*.
- Kalivas, P. W., & Volkow, N. (2011). New medications for drug addiction hiding in glutamatergic neuroplasticity. *Molecular psychiatry*, 16(10), 974-986.
- Kalyoncu, Ö. A., Pektaş, Ö., & Mirsal, H. (2003). Patolojik kumar oynama: Biyopsikososyal yaklaşım. *Bağımlılık Dergisi*.
- Kara, E. (2016). Üniversite öğrencilerinin depresyon düzeylerinin bağlanma stilleri ve bilinçli farkındalık arasındaki ilişkisi: Öz kontrolün aracılık rolü (Yüksek lisans tezi, Anadolu Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir).
- Karaaziz, M., Çakıcı, M., & Özbahadır, T. (2019). Kıbrıs ve Türkiye doğumlu kumar

- bağımlıları ile kumar oynama nedenlerinin karşılaştırması. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 20, 72-72.
- Karasar, N. (2011). Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Ankara: Nobel Yayınları.
- Karataş, Z., & Yavuzer, Y. (2018). Psikolojik danışma ve psikoterapi kuramları. *Pegem Atıf İndeksi*, 001-724.
- Karim R., Chaudhri P. (2012). Behavioral addictions: an overview. *J Psychoactive Drugs*. 44:5-17.
- Kaya, F. Ş., & Başkan, A. (2020). Kumar Oynama Motivasyonunun İç-Dış Kontrol Odağı İle İlişkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 21(3), 210-222.
- Kaymaz E. ve Şakiroğlu M. (2020). Bilinçli Farkındalık ve Bilişsel Esnekliğin Problemlili Akıllı Telefon Kullanımı Üzerindeki Etkisi: Öz-Kontrolün Aracı Rolü. *Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*. Cilt: 21, Sayı: 38 ,79-108.
- Kessler RC, Hwang I. ve LaBrie R. (2008). DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med*; 38: 1351-1360.
- Kessler, R. C., Hwang, I., LaBrie, R., Petukhova, M., Sampson, N. A., Winters, K. C., & Shaffer, H. J. (2008). DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological medicine*, 38(9), 1351-1360.
- Kim, S. Y., Kim, E. M., Nam, K. H., Chang, D. J., Nam, S. H., & Kim, K. J. (2008). Postoperative intravenous patient-controlled analgesia in thyroid surgery: comparison of fentanyl and ondansetron regimens with and without the nonsteroidal anti-inflammatory drug ketorolac. *Thyroid*, 18(12), 1285-1290.
- Korkut-Owen, F. (2015). Okul temelli önleyici rehberlik ve psikolojik danışma. *Ankara: Anı Yayıncılık*, 4.
- Kuzucu Y., Tunçer İ. ve Aksu Ş. (2015). İlişkilerde Bilişsel Çarpıtmalar ve Öz-Kontrol İlişkisinde Sürekli Öfkenin Aracılık Rolü. *Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi*. 6(1): 48-56
- Lester, D. (1994). Access to gambling opportunities and compulsive gambling. *International Journal of the Addictions*, 29(12), 1611-1616.
- Lieberman, N., Trope, Y., & Stephan, E. (2007). Psychological distance.
- Limbrick-Oldfield, E. H., Mick, I., Cocks, R. E., McGonigle, J., Sharman, S. P., Goldstone, A. P., ... & Clark, L. (2017). Neural substrates of cue

- reactivity and craving in gambling disorder. *Translational psychiatry*, 7(1), e992-e992.
- Lorains, F. K., Cowlishaw, S., & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106(3), 490-498.
- Luijten, M., Schellekens, A. F., Kühn, S., Machielse, M. W., & Sescousse, G. (2017). Disruption of reward processing in addiction: an image-based meta-analysis of functional magnetic resonance imaging studies. *JAMA psychiatry*, 74(4), 387-398.
- Macit R. (2021) .Kıbrıs Türk Toplumunda Kumar Alt Kültürü. *Bağımlılık Dergisi*, 22(2) :171-179 Doi: 10.51982/bagimli.835376
- Madanes, C. (1991). Strategic family therapy: Brunner/mazel.
- Mallorquí-Bagué N, Mena-Moreno T, Granero R,(2018). Suicidal ideation and history of suicide attempts in treatment-seeking patients with gambling disorder: The role of emotion dysregulation and high trait impulsivity. *J Behav Addict*. 1112-1121.
- Markser, V. Z. (2011). Sport psychiatry and psychotherapy. Mental strains and disorders in professional sports. Challenge and answer to societal changes. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 261(2), 182-185.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Donovan, D. M., & Kivlahan, D. R. (1988). Addictive behaviors: Etiology and treatment. *Annual review of Psychology*, 39(1), 223-252.
- McCormack, A., & Griffiths, M. D. (2012). Motivating and inhibiting factors in online gambling behaviour: A grounded theory study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10(1), 39-53.
- McDowell, D. J., Parke, R. D., & Spitzer, S. (2002). Parent and child cognitive representations of social situations and children's social competence. *Social Development*, 11(4), 469-486.
- Mehta, R. (2010). Exploring self-control: Moving beyond depletion hypothesis. *ACR North American Advances*.
- Melguizo-Ibáñez, E., Viciano-Garófano, V., Zurita-Ortega, F., Ubago-Jiménez, J. L., & González-Valero, G. (2020). Physical activity level, mediterranean diet adherence, and emotional intelligence as a function of family

- functioning in elementary school students. *Children*, 8(1), 6.
- Metcalf, J., & Mischel, W. (1999). A hot/cool-system analysis of delay of gratification: dynamics of willpower. *Psychological review*, 106(1), 3.
- Meyers S.A., Varkey, S., Aguirre, A.M. (2012). Ecological correlates of family functioning. *The American Journal of Family Therapy*, 30, 257-273.
- Mezo, P. G. (2009). The self-control and self-management scale (SCMS): Development of an adaptive self-regulatory coping skills instrument. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 31(2), 83-93.
- Mezo, P. G., & Heiby, E. M. (2004). A comparison of four measures of self-control skills. *Assessment*, 11(3), 238-250.
- Miller, I. W., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Bishop, D. S., & Epstein, N. B. (2000). The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment and research. *Journal of family therapy*, 22(2), 168-189.
- Minuchin, P. (1985). Families and individual development: Provocations from the field of family therapy. *Child development*, 289-302.
- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., ... & Caspi, A. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceedings of the national Academy of Sciences*, 108(7), 2693-2698.
- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., ... & Caspi, A. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceedings of the national Academy of Sciences*, 108(7), 2693-2698.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, A., Kokaua, J., Milne, B. J., Polanczyk, G., & Poulton, R. (2010). How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychological medicine*, 40(6), 899-909.
- Muraven, M., & Baumeister, R. F. (2000). Self-regulation and depletion of limited resources: Does self-control resemble a muscle?. *Psychological bulletin*, 126(2), 247.
- Muraven, M., & Slessareva, E. (2003). Mechanisms of self-control failure: Motivation and limited resources. *Personality and social psychology bulletin*, 29(7), 894-906.

- Muraven, M., Baumeister, R. F., & Tice, D. M. (1999). Longitudinal improvement of self-regulation through practice: Building self-control strength through repeated exercise. *The Journal of social psychology, 139*(4), 446-457.
- Murdock, N. L. (2014). Psikolojik danışma ve psikoterapi kuramları (F. Akkoyun, çev. ed.). *Ankara: Nobel Yayınları*.
- Murdock, N. L. (2014). Psikolojik danışma ve psikoterapi kuramları (F. Akkoyun, çev. ed.). *Ankara: Nobel Yayınları*.
- National Research Council (1999). *Pathological Gambling: A Critical Review*. Washington: National Academy Press.
- Nebioglu, M., Konuk, N., Akbaba, S., & Eroglu, Y. (2012). The investigation of validity and reliability of the Turkish version of the Brief Self-Control Scale. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 22*(4), 340-351.
- Nebioglu, M., Konuk, N., Akbaba, S., & Eroglu, Y. (2012). The investigation of validity and reliability of the Turkish version of the Brief Self-Control Scale. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 22*(4), 340-351.
- Nichols, M. P. (2013). *Aile terapisi: Kavramlar ve yöntemler*. Kaknüs Yayınları.
- Niesche, R., & Haase, M. (2012). Emotions and ethics: A Foucauldian framework for becoming an ethical educator. *Educational philosophy and theory, 44*(3), 276-288.
- Odgen, Jane. Sağlık Psikolojisi. Çev.: Gülay Dirik, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara 2016.
- Ögel, K., Evren, C., Karadağ, F., & Gürol, T. (2012). Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi, 23*(4), 264-273.
- Özdemir, B., Çakır, Ö., & Hussain, I. (2018). Prevalence of Nomophobia among university students: A comparative study of Pakistani and Turkish undergraduate students. *Eurasia Journal of Mathematics Science and Technology*.
- Park, S., Kang, M., & Kim, E. (2014). Social relationship on problematic Internet use (PIU) among adolescents in South Korea: A moderated mediation model of self-esteem and self-control. *Computers in Human Behavior, 38*, 349-357.

- Park, S., Kang, M., & Kim, E. (2014). Social relationship on problematic Internet use (PIU) among adolescents in South Korea: A moderated mediation model of self-esteem and self-control. *Computers in Human Behavior*, 38, 349-357.
- Patock-Peckham, J. A., & Morgan-Lopez, A. A. (2010). Direct and mediational links between parental bonds and neglect, antisocial personality, reasons for drinking, alcohol use, and alcohol problems. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 71(1), 95-104.
- Pearson, M. R., Kite, B. A., & Henson, J. M. (2013). Predictive effects of good self-control and poor regulation on alcohol-related outcomes: Do protective behavioral strategies mediate?. *Psychology of addictive behaviors*, 27(1), 81.
- Peker, A. (2017). An examination of the relationship between self-control and cyber victimization in adolescents. *Eurasian Journal of Educational Research*, 67, 1–15.
- Perrone, D., Sullivan, C. J., Pratt, T. C., & Margaryan, S. (2004). Parental efficacy, self-control, and delinquency: A test of a general theory of crime on a nationally representative sample of youth. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 48(3), 298-312.
- Petry, N. M. (2006). Internet gambling: an emerging concern in family practice medicine?. *Family practice*, 23(4), 421-426.
- Petry, N. M., Blanco, C., Jin, C., & Grant, B. F. (2014). Concordance between gambling disorder diagnoses in the DSM-IV and DSM-5: Results from the National Epidemiological Survey of Alcohol and Related Disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(2), 586.
- Petry, N. M., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of clinical psychiatry*, 66(5), 564-574.
- Pınarcı, G. (2014). Üniversite öğrencilerinde kumar oynama, patolojik kumar bağımlılığı ve ilişkili karakter özellikleri. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Madde Bağımlılığı Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü, İzmir.*
- Pınarcı, G. (2014). Üniversite öğrencilerinde kumar oynama, patolojik kumar

bağımlılığı ve ilişkili karakter özellikleri. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Madde Bağımlılığı Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü, İzmir.*

- Potenza MN. (2006). Should addictive disorders include non-substance-related conditions? *Addiction*. 101:142-151.
- Potenza, M. N. (2013). Neurobiology of gambling behaviors. *Current opinion in neurobiology*, 23(4), 660-667.
- Potenza, M. N. (2014). The neural bases of cognitive processes in gambling disorder. *Trends in cognitive sciences*, 18(8), 429-438.
- Potenza, M. N., Balodis, I. M., Derevensky, J., Grant, J. E., Petry, N. M., Verdejo-Garcia, A., & Yip, S. W. (2019). Gambling disorder. *Nature reviews Disease primers*, 5(1), 1-21.
- Potenza, M. N., Steinberg, M. A., McLaughlin, S. D., Wu, R., Rounsaville, B. J., & O'Malley, S. S. (2001). Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1500-1505.
- Remster, B. (2014). Self-control and the depression–delinquency link. *Deviant Behavior*, 35(1), 66-84.
- Rosenthal, R. J. (1986). The pathological gambler's system for self-deception. *Journal of Gambling Behavior*, 2(2), 108-120.
- Ruiz, P. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, pp. 938-950). B. J. Sadock, & V. A. Sadock (Eds.). Philadelphia: lippincott Williams & wilkins.
- Schrodt, P. (2005). Family communication schemata and the circumplex model of family functioning. *Western journal of communication*, 69(4), 359-376.
- Shaffer, H. J. (1999, October). On the nature and meaning of addiction. In *National Forum* (Vol. 79, No. 4, p. 9). Honor Society of Phi Kappa Phi.
- Sharpe, L. (2002). A reformulated cognitive–behavioral model of problem gambling: A biopsychosocial perspective. *Clinical psychology review*, 22(1), 1-25.
- Slutske, W. S., Zhu, G., Meier, M. H., & Martin, N. G. (2010). Genetic and environmental influences on disordered gambling in men and women. *Archives of general psychiatry*, 67(6), 624-630.
- Sumitra LM, Miller SC. (2005). “Pathologic Gambling Disorder. How To Help Patients Curb Risky Behavior When The Future Is At Stake”. *Postgrad*

Med.118:31-7.

- Sümer, N., Oruçlular, Y., & Çapar, T. (2015). Bağlanma ve bağımlılık: Kuramsal çerçeve ve derleme çalışması. *Bağımlılık dergisi*, 16(4), 192-209.
- Şentürk, E. (2017). Sosyal medya bağımlılığının, depresyon, anksiyete bozukluğu, karışık anksiyete ve depresif bozukluk hastaları ile kontrol grubu arasında karşılaştırılması ve kullanıcıların kişilik özellikleriyle ilişkisinin araştırılması. *Gazi Üniversitesi, Ankara.*
- Tamam, L. (2015). Dürtüsellik ve Dürtü Kontrol Bozuklukları. *Ed. Tamam Lut, İstanbul: Kaknüs Yayınları.*
- Tangney, J. P., Boone, A. L., & Baumeister, R. F. (2018). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. In *Self-regulation and self-control* (pp. 173-212). Routledge.
- Tırmıkçioğlu Z. (2020). Kumar, Zehir ve Cinayet: Elfriede Blauensteiner Vakası. *Bağımlılık Dergisi*. 21(4). S.348-350
- Tırmıkçioğlu, Z. (2020). Kumar, Zehir ve Cinayet: Elfriede Blauensteiner Vakası. *Bağımlılık Dergisi*, 21(4), 348-350.
- Tice, D. M., & Bratslavsky, E. (2000). Giving in to feel good: The place of emotion regulation in the context of general self-control. *Psychological inquiry*, 11(3), 149-159.
- Tunbridge, E. M., Bannerman, D. M., Sharp, T., & Harrison, P. (2004). Catechol-o-methyltransferase inhibition improves set-shifting performance and elevates stimulated dopamine release in the rat prefrontal cortex. *Journal of Neuroscience*, 24(23), 5331-5335.
- Uğurlu, T. T., Şengül, C. B., & Şengül, C. (2012). Bağımlılık psikofarmakolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(1), 37-50.
- Uğurlu, T. T., Şengül, C. B., & Şengül, C. (2012). Bağımlılık psikofarmakolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(1), 37-50.
- Uzdil, N., (2022). *Sigara İçen Bireylerde Nikotin Bağımlılığı, Psikolojik Sağlık Ve Öz Kontrol Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* . 5th International Congress Of Multidisciplinary Studies In Medical Sciences (pp.12-13). Ankara, Turkey
- Vaughn, M. G., DeLisi, M., Beaver, K. M., & Wright, J. P. (2009). Identifying latent classes of behavioral risk based on early childhood: Manifestations of self-control. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 7(1), 16-31.

- Vayısoğlu, S. K., Öncü, E., & Güven, Y. (2019). Üniversite öğrencilerinde kumar oynama sıklığı ve heyecan arama davranışı ile ilişkisi. *Addicta*, 6(1), 69-90.
- Vazsonyi, A. T., Cleveland, H. H., & Wiebe, R. P. (2006). Does the effect of impulsivity on delinquency vary by level of neighborhood disadvantage?. *Criminal Justice and Behavior*, 33(4), 511-541.
- Verdejo-Garcia, A., Clark, L., & Dunn, B. D. (2012). The role of interoception in addiction: a critical review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(8), 1857-1869.
- Wardle, H., Moody, A., Griffiths, M., Orford, J., & Volberg, R. (2011). Defining the online gambler and patterns of behaviour integration: Evidence from the British Gambling Prevalence Survey 2010. *International Gambling Studies*, 11(3), 339-356.
- Welte, J. W., Barnes, G. M., Tidwell, M. C. O., & Wieczorek, W. F. (2017). Predictors of problem gambling in the US. *Journal of Gambling Studies*, 33(2), 327-342.
- Williams, R. J., Volberg, R. A., & Stevens, R. M. (2012). *The population prevalence of problem gambling: Methodological influences, standardized rates, jurisdictional differences, and worldwide trends*. Ontario Problem Gambling Research Centre.
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D., Botzet, A., & Anderson, N. (2002). A prospective study of youth gambling behaviors. *Psychology of addictive behaviors*, 16(1), 3.
- Worden, M. (2013). *Aile terapisi: temelleri*. Nobel.
- Yanardağ MZ., Bilge M., Yanardağ U. (2020). "Davranış Bağımlılığı ve Sosyal Hizmet Uygulamaları Üzerine Bir İnceleme". *Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, İİBF Sosyal Hizmet Bölümü*.
- Yaşar R. (2010). Şans Oyunları ve İddaa, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt 9, Sayı 34, Güz.
- Yau YH., Potenza MN. (2015). Gambling disorder and other behavioral addictions: recognition and treatment. *Harv Rev Psychiatry*. 23(2):134-146.
- Yoldaş C., & Demircioğlu H. (2020). Madde Kullanımı ve Bağımlılığını Önlemeye Yönelik Psikoeğitim Programlarının İncelenmesi. *Bağımlılık Dergisi – Journal of Dependence* | 2020; 21(1):72-91

Yorulmaz R. ve Erdem R. (2021). "Sağlıklı Yaşam Üzerine Bir Çerçeve".

Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi. Usaysad Dergisi, 2021; 7(1):57-74 (Derleme makale)

Zhang, K., & Clark, L. (2020). Loss-chasing in gambling behaviour: Neurocognitive and behavioural economic perspectives. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 31, 1-7.

EKLER

Ek 1.

Aydınlatılmış Onam Formu

Bu çalışma, Yakın Doğu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programı tarafından gerçekleştirilen ve tamamen gönüllülük esasına dayalı bir çalışmadır. Bu çalışmanın amacı kumar bağımlısı olan bireylerle kumar bağımlısı olmayan bireyler arasındaki aile işlevselliği ve öz kontrolü arasındaki farklılıkların incelenmesidir. Anket tamamen bilimsel amaçlarla düzenlenmiştir. Anket formunda kimlik bilgileriniz yer almayacaktır. Size ait bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Çalışmadan elde edilen veriler yalnızca istatistik veri olarak kullanılacaktır. Yanıtlarınızı içten ve doğru olarak vermeniz bu anket sonuçlarının toplum için yararlı bir bilgi olarak kullanılmasını sağlayacaktır.

Desteğiniz için teşekkür ederim.

Psikolog Abdulkadir Emre ÖZKAN

Yukarıdaki bilgileri ayrıntılı biçimde tümünü okudum ve anketin uygulanmasını onayladım.

Ek 2.**Bilgilendirilmiş Onam Formu**

Değerli katılımcı,

Aşağıdaki anket, Yakın Doğu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Ana bilim Dalı Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı'nda yürütülen “Kumar Bağımlılarında ve Sağlıklı Bireylerde Aile İşlevselliği ve Özkontrolün Karşılaştırılması” konulu tez çalışmasının araştırması ile ilgilidir. Toplanan veriler kişisel olarak değil topluca değerlendirilecek ve tamamen bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırmamıza katılarak çalışmalarımıza destek verdiğiniz için teşekkür eder, başarılı sağlıklı bir çalışma hayatı dilerim. Saygılarımla.

Tez Yazarı/Araştırmacı

Abdulkadir Emre ÖZKAN
Yakın Doğu Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Psikoloji Ana Bilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr.Hande ÇELİKAY SÖYLER
Yakın Doğu Üniversitesi
Öğretim Üyesi

Ek 3.

Yetişkinlerde Kumar Bağımlılığının Aile İlişkilerine ve Yaşam Doyumuna Etkisinin İncelenmesi

Katılımcı Demografik Formu

Tarih: | |

Yaş: 18-24 25-34 35-40Cinsiyet DiğerYaşadığı Yer: Büyük şehir Şehir İlçe KöySosyal Güvence: Özel Sigorta SGK Aileden Yararlanıyor YokMedeni Durum: Evli Bekar Eşi vefat etmiş BoşanmışAlkol Kullanımı: Yok Nadiren Haftada 1 kadeh Günde 1 kadehSigara Kullanımı: Yok Bırakmış Tek-tük Haftada 1 paket Günde 1 paket paket/yılYaşadığı Ev: Apartman dairesi Müstakil Misafirhane – otel

Bakımevi

Kaldığı ev: Kendisine ait Ailesine ait KiraYaşama ortamı: Tek başına Eşiyle Eşi ve çocuklarıyla Bakıcı ileEğitim Durumu: Okur-yazar değil İlkokul Ortaokul mezunu Lise mezunu Üniversiteİşi: Çalışmıyor Öğrenci başı iş Masa- Bedensel işGelir Düzeyi Ücret Altı Asgari Asgari Ücret Katı Asgari Ücretin 2 Katı Asgari Ücretin >3 KatıKronik Hastalıklar: Diyabet Osteoartrit Hiperlipidemi Hipertansiyon

Ek 4.**South Oaks Kumar Tarama Testi (Soktt) Türkçe Formu**

İsim: _____ Tarih: _____

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

	Hiç	Haftada bir kereden az	Haftada bir kere veya daha fazla
At yarış	()	()	()
Paras>na Kağıt Oyunlar (yan>k, poker.....gibi)	()	()	()
Paras>na Okey	()	()	()
Paras>na Zar Oyunlar (barbutgibi)	()	()	()
Horoz Dövüşü	()	()	()
Spor-Toto veya Spor-Loto	()	()	()
Say>sal-Loto	()	()	()
Kaz>-Kazan	()	()	()
Milli Piyango	()	()	()
Borsada Oynama	()	()	()
Casino Oyunlar	()	()	()
Paras>na Beceri İsteyen Oyunlar Oynama (Bilardo gibi)	()	()	()
Yukar>da Belirtilmeyen Başka Kumar Çeşitleri (Lütfen Yaz>n>z: _____)	()	()	()

2. Bugüne kadar bir günde kumara yat>d>ğ>n>z en fazla para ne kadard>r?

_____ TL

3. Hayat>n>zdaki insanlardan hangilerinin geçmişte veya halen kumar sorunu olduğunu işaretleyiniz:

- () Baba () Anne () Kardeşler
 () Büyük anne ve baba () Eş veya partner () Çocuklar
 () Diğer akrabalar () Arkadaş veya yaşam>mdaki önemli başka biri

Ek 5.**AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (ADÖ):**

AÇIKLAMA: İlişkide aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür. Her cümle için 4 seçenek söz konusudur (*Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum*)

Her cümlenin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz. Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz. Mümkün olduğu kadar çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1. Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	()	()	()	()
2. Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemenhepsini aile içinde hallederiz.	()	()	()	()
3. Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	()	()	()	()
4. Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	()	()	()	()
5. Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunukendilerine fazlasıyla dert ederler.	()	()	()	()
6. Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.	()	()	()	()
7. Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	()	()	()	()
8. Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	()	()	()	()

Ek 6.

Özkontrol-Özyönetim Ölçeği-ÖKYÖ (The Self-Control and Self-ManagementScale)

Alt Boyutlar	Değerli Katılımcı, Lütfen aşağıdaki ifadelerin her birini okuyunuz ve her bir ifadenin sizi ne kadar iyi betimlediğini aşağıdaki ölçeği kullanarak derecelendiriniz: 5: Beni tamamiyle tanımlıyor. 4: Beni büyük ölçüde tanımlıyor. 3: Beni biraz tanımlıyor. 2: Beni pek tanımlamıyor. 1: Beni çoğunlukla tanımlamıyor. 0: Beni hiç tanımlamıyor.	Beni hiç tanımlamıyor	Beni çoğunlukla tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Beni büyük ölçüde tanımlıyor	Beni tamamiyle tanımlıyor
		0	1	2	3	4	5
Kendini Ayarlama	1. Bir şey üzerinde çalıştığım zaman, tüm dikkatimi ona veririm.	0	1	2	3	4	5
	2. Yapmam gereken görevlere, onları sevmesem de odaklanırım.	0	1	2	3	4	5
	3. Bir amaç uğruna çalışırken, yaptığım şeyin bilincinde olurum.	0	1	2	3	4	5
	4. Bir hedef doğrultusunda çalışırken, ilerleyişimi sürekli takip ederim.	0	1	2	3	4	5
	5. Zor bir şey üzerinde çalışırken, düşüncelerim üzerinde yoğunlaşırım.	0	1	2	3	4	5
	6. Bir amaç doğrultusunda çalışırken, hangi yolu takip edebileceğimi bilirim.	0	1	2	3	4	5

Ek 7.

Ölçek İzinleri

South Oaks Kumar Tarama Testi
Ölçeğinin Kullanım İzni Hakkında

Gelen Kutusu

 **Emre ÖZKAN** 03:57
Alıcılar: ibrahim.duvarci

Merhaba Sayın Hocam,

Yazmayı planladığım Kumar Bağımlılıklarında ve Sağlıklı Bireylerde Aile İşlevselliği ve Özkontrolün Karşılaştırılması konulu yüksek lisans tezimin adına "South Oaks Kumar Tarama Testi Ölçeği"ni kullanmak adına müsaadenizi isterim.

Saygılarımla.
A.EMRE ÖZKAN

 **İbrahim DUVARCI** 08:25
Alıcılar: ben

Merhaba Emre bey,
Çalışmanızda SOKTT ni elbette kullanabilirsiniz. Belki yarar olur düşüncesiyle size 1999 da yaptığım uzmanlık tezimi de atıyorum. Dosyayı açmada sorun yaşarsanız lütfen bana yazın. Kolaylıklar dilerim.

Dr.İbrahim DUVARCI
Terapist / Koç / Mentor
Psikiyatri Uzmanı (Aktif değil)

online-psikiyatri.com
cozumodakli-kisaterapi.com
@cozum_odakli_kisa_terapi

Ölçek izin

Gelen Kutusu

 **M. Hanifi ERCOŞKUN** 07:12
Alıcılar: ben

Merhaba,

Daha önce tarafımda Türkçeye uyarlanan Özkontrol - özyönetim ölçeğimi çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Ekte uyarladığım ölçek makalem Türkçe ve İngilizce formunu gönderiyorum. İstedığınız bilgiler ve ölçeğin bir örneğine bu makalelerden ulaşabilirsiniz. (Makalenin ekindeki ölçekte ters olarak değerlendirilecek maddelerin sonunda * işareti var.) Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim. Selamlar **Dr. M. Hanifi ERCOŞKUN**

Atatürk Üniversitesi
Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi
Temel Eğitim Bölümü Sınıf Öğretmenliği ABD
Tel: 0 442 23144 86
GSM: 536 777 01 29
e-posta: mhercoskun@hotmail.com
ercoskun@atauni.edu.tr



 M. Hanifi ER... Ölçeği.docx  

Özgeçmiş

Abdulkadir Emre Özkan 24 Temmuz 1997, Fatsa doğumludur. Fatsa Dolunay Koleji, Fatsa Anadolu Lisesi mezunudur. Girne Amerikan Üniversitesi Beşeri Bilimler Fakültesi Psikoloji dalında 2019 yılında lisans eğitimini tamamlamıştır. 2017-2019 yılları arasında Girne Amerikan Üniversitesi Öğrenci Hizmetleri Direktörlüğü'nde yönetici asistanı olarak görev almıştır. 2019-2020 yılında Fatsa Psikoteknik Değerlendirme Merkezi'nde kurum psikoloğu olarak görev almıştır. 2021 yılında Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programına başlamıştır. Girne Amerikan Üniversitesi'nde görev aldığı biriminde birçok sosyal sorumluluk projesi, konferans, söyleşi ve kulüp faaliyetlerinin organize ve koordinesinde yer almıştır. Lisans ve yüksek lisans stajını Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tamamlamıştır. Eğitim hayatı boyunca çalışma hayatının yanı sıra birçok özel ve kamu kuruluşunun vermiş olduğu eğitimlere katılım göstermiştir.

İletişim Bilgileri:

Abdulkadir Emre Özkan
E-mail: aemreozkn@gmail.com

Kumar Bağımlarında ve Sağlıklı Bireylerde Aile İşlevselliği ve Özkontrolün Karşılaştırılması

ORJİNALLİK RAPORU

% 14	% 14	% 2	% 8
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 6
2	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	% 4
3	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
5	ipcedu.org İnternet Kaynağı	% 1
6	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
7	www.sgk40.com İnternet Kaynağı	<% 1
8	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	<% 1
9	acikerisim.karatay.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1

**BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

09.08.2022

Sayın Abdulkadir Emre Özkan

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2022/1344 proje numaralı ve **“Kumar Bağımlılarında Ve Sağlıklı Bireylerde Aile İşlevselliği Ve Özkontrolün Karşılaştırılması”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

A handwritten signature in black ink, reading 'Direnç Kanol'.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü

Not: Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.