



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE KUMAR OYNAMA DAVRANIŞI
DÜRTÜSELLİK VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ**

BETÜL ŞİRAN

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. BESTİ ÜSTÜN

İSTANBUL-2020



İSTANBUL-2020

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE KUMAR OYNAMA DAVRANIŞI
DÜRTÜSELLİK VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ

BETÜL ŞİRAN

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. BESTİ ÜSTÜN

İSTANBUL-2020

ÖZET

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE KUMAR OYNAMA DAVRANIŞI DÜRTÜSELLİK VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Bu çalışma üniversitede öğrenim gören öğrencilerin kumar oynama davranışları, dürtüsellik düzeyleri ve psikolojik sağlamlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Özel bir üniversite öğrenim gören Sağlık Bilimleri Fakültesi 1., 2., 3. Ve 4. Sınıf öğrencileri kapsamaktadır. Örneklem Tabakalı sistem ile oluşturulmuş olup 345 öğrenciye ulaşmak hedeflenmiştir. Bu çalışma araştırmaya katılmayı kabul eden 345 gönüllü Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrenciyle yapılmıştır.

Veriler, literatür taranarak oluşturulan Tanımlayıcı Bilgi Formu, South Oaks Tarama Testi, Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve Yetişkinler İçin Psikolojik Sağlamlık anketleri ile elde edildi.

Verilerin değerlendirilmesinde; NCSS, Shapiro-Wilk testi, Bağımsız gruplar t testi, Tek yönlü varyans analizi ve Bonferroni düzeltmeli ikili değerlendirmeler, Fisher's exact test ve Fisher-Freeman-Halton exact test, Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin %95,4'ünün kumar oynama sorunu bulunmamaktadır. Öğrencilerin %39,4'ünün kumar çeşitlerinden en az birini oynamış olduğu saptanmıştır. En çok tercih edilen kumar türleri % 18,8 ile milli piyango ve %18,6 ile online bahis türleridir. Cinsiyet, yaş, gelir düzeyi ve baba eğitim düzeyi gibi tanımlayıcı özelliklerin kumar oynama bozukluğunda etkisi olduğu, yaşamlarının büyük bölümünü geçirdikleri yere, birlikte yaşadıkları kişilere, ailelerinin gelir düzeyine ve annelerinin eğitim düzeyine göre patolojik kumarbazlık yüzdesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı sonuçlarına ulaşılmıştır. SOKTT sonuçlarına göre muhtemel patolojik kumarbaz olarak nitelendirilebilecek öğrencilerin BDÖ puanlarının yüksek olduğu ve YİPDÖ puanlarının daha düşük olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda, Kumar Oynama Bozukluğu (Kumar Bağımlılığı) tanısı için risk grubunda olan bireyler için kumar ve bağımlılık için eğitimler düzenlenerek bilgilendirilmesi ve APA stratejileri içerisinde yer alan psikolojik sağlamlık düzeyinin korunması ve geliştirilmesi için önleyici ve koruyucu çalışmaların yürütülmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bağımlılık, Kumar, Dürtüsellik, Psikolojik Sağlamlık ve Psikiyatri Hemşireliği

ABSTRACT

GAMBLING BEHAVIOR, IMPULSIVITY AND RESILIENCE IN UNIVERSITY STUDENTS

This study was carried out to examine the relationship between gambling behavior, impulsivity levels and psychological resilience levels of students studying at the university.

The sampling of the research consists of 1st, 2nd, 3rd and 4th grade students of the Faculty of Health Sciences studying at a private university. It was created with a sample stratified system and it was aimed to reach 345 students. This research was conducted with 345 volunteer Health Sciences students who agreed to participate in the research.

The data were obtained by searching the literature with the Descriptive Information Form, the South Oaks Screening Test, the Barratt Impulsivity Scale, and the Adult Psychological Resilience Questionnaire. In the evaluation of the data; NCSS, Shapiro-Wilk test, Independent groups t test, One way variance analysis and Bonferroni corrected binary evaluations, Fisher exact test and Fisher-Freeman-Halton exact test, Pearson correlation analysis were used.

95.4% of the students studying in the Faculty of Health Sciences do not have a gambling problem. It was determined that 39.4% of the students played at least one of the gambling types. The most preferred types of gambling are lottery with 18.8% and online betting with 18.6%. Descriptive characteristics such as gender, age, income level, and father's education level have an impact on gambling disorder. It was concluded that there was no statistically significant difference in terms of the percentage of pathological gambling based on where they spent most of their lives, the people they live with, the income level of their families and the education level of their mothers. According to the results of SOCT, it was concluded that students, who could be qualified as possible pathological gamblers, had higher BDI scores and lower The Resilience Scale for Adults scores.

In line with the findings obtained as a result of the research, gambling and addiction training should be organized for individuals in the risk group for the diagnosis of gambling disorder (Gambling Addiction). Preventive and preventive studies have been proposed to maintain and improve the level of psychological resilience in APA strategies.

Keywords: Addiction, Gambling, Impulsivity, Resilience and Psychiatric Nursing

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam boyunca bilgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, yoluma ıŐık tutan çok değerli danışman hocam baŐta olmak üzere Sayın Prof. Dr. Besti ÜŐTÜN, Sayın Prof. Dr. Selma DOĞAN ve Dr. Öğretim Üyesi Elçin BABAÖĞLU'na

Tez çalışmam boyunca desteklerini eksik etmeyen, bana her daim inanan yanımda olan ailem, canım babam ve annem Bünyamin ve Fatma ŞİRAN, canım ablam ve abim Merve ve Yavuz DURAN, hayat arkadaŐım Burak ASLAN, bilgileriyle bana iş hayatında yol gösteren Klinik Psikolog AyŐe Nazlı HUNCA OLCAY ve sevgili meslektaŐım Uzm. Hem. Seray ATEŞ'e

Sonsuz teŐekkürler...

BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamada etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

22. 05. 2020

Betül ŞİRAN

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
BEYAN	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Alt Soruları	5
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Bağımlılık Nedir?	5
2.2. Kumar Nedir?	8
2.3. Kumar Oynama Bozukluğu Nedir?	10
2.3.1. Kumar Oynama Bozukluğu Tanı Kriterleri	11
2.3.2. Kumar Oynama Bozukluğu Etiyolojisi, Yaygınlığı, Gelişimi Ve Sonuçları	14
2.4. Dürtüsellik Nedir?	18
2.5. Psikolojik Sağlık Nedir?.....	20
2.6. Bağımlılığın Önlenmesi Ve Tedavisinde Psikiyatri Hemşiresinin Rolü.....	22
3. YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Tipi	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	25
3.2.1. Araştırmanın Yeri:.....	25
3.2.2. Araştırmanın Zamanı:	25
3.2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:	25
3.3. Araştırmaya Dâhil Edilme ve Dışlanma Kriterleri.....	26
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	27
3.5. Araştırmada Kullanılan Gereçler	27
3.5.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu	27
3.5.2. South-Oaks Kumar Tarama Testi(SOKTT)	27

3.5.3. Barratt Dürtüsellik Ölçeği	28
3.5.4. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	28
3.6. Verilerin Toplanması.....	29
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	29
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	30
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	54
5.1. Üniversite öğrencilerinde kumar oynama davranışı.....	54
5.2. Üniversite öğrencilerinde kumar oynama davranışı ve dürtüsellik.....	58
5.3. Üniversite öğrencilerinde kumar oynama davranışı, dürtüsellik ve psikolojik sağlamlık	60
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	63
6.1. Sonuç.....	63
6.2. Öneriler.....	66
7. KAYNAKÇA	68
8. EKLER	75
8.1. Ek-I: Gönüllü Olur Formu.....	75
8.2. Ek-II: Tanımlayıcı Bilgi Formu	77
8.3. Ek-III: South-Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT)	79
8.4. Ek-IV: Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ).....	82
8.5. Ek-V: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YİPDÖ)	83
8.6. Ek-VI: Özgeçmiş.....	85

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	31
Tablo 2: Öğrencilerin Ailelerinin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	32
Tablo 3: Öğrencilerin İnternet Kullanımıyla ve Sağlıkla İlgili Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	33
Tablo 4: Öğrencilerin South Oaks Kumar Tarama Testine (SOKTT) Göre Oynadıkları Oyun Türlerinin Dağılımı	34
Tablo 5: Öğrencilerin South Oaks Tarama Testine (SOKTT) Göre Çevrelerinde Kumar Oynayan Kişiler ve Kumar Oynama Özelliklerinin Dağılımı	35
Tablo 6: Öğrencilerin SOKTT'un 7- 15. Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı	37
Tablo 7: Öğrencilerin Kumar İçin Borç Aldıkları Yerler/Kişilerin Dağılımı(SOKTT 16. Soru)	38
Tablo 8: Öğrencilerin BDÖ'ye İlişkin Bilgileri	39
Tablo 9: Öğrencilerin YİPDÖ'ye İlişkin Bilgileri	39
Tablo 10: Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre SOKTT Toplam Puanı Karşılaştırılması	41
Tablo 11: Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre BDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	43
Tablo 12: Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre YİPDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	45
Tablo 13: Öğrencilerin SOKTT Sonucuna Göre BDÖ ve YİPDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	49
Tablo 14: Öğrencilerin BDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanları İle YİPDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanları Arasındaki İlişki Düzeyinin Belirlenmesi	50

SİMGELER VE KISALTMALAR

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği

DDK: Devlet Denetleme Kurumu

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

KOB: Kumar Oynama Bozukluğu

PKO: Patolojik Kumar Oynama

SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi

TDK: Türk Dil Kurumu

YİPDÖ: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Bağımlılık kronik olarak devam eden ve aşırma ve tekrarlamalarla (relapse) süren bir hastalıktır. Bu nedenle uzun süreli tedavi, rehabilitasyon ve gözlem planları oluşturması gerektiği belirtilmektedir (Dennis ve ark., 2005; Dennis ve Scott, 2007; Ögel, 2012). Düzensiz kumar oynama davranışı ilk davranışsal bağımlılık olarak sınıflandırılmaktadır (Gainsbury, 2015).

Kumar oynama davranışı; madde kullanım bozukluğunda, ödül merkezinde gerçekleşen etkilere ve belirtilere yakınlık göstermesiyle, davranışsal bağımlılık olarak adlandırılmıştır. Şuan DSM-5'te Kumar oynama bozukluğu Madde ile ilişkisi olmayan Bozukluklar başlığı altında tanımlanmıştır (APA, 2013).

Kumar oynama bozukluğu olumsuz sonuçlarına rağmen tekrarlayıcı ve devamlı davranışsal bir durum olması nedeniyle madde kullanım bozuklukları başlığı altında olması daha uygun bulunmuştur (Schuckit, 2013). Çünkü kumar oynama bozukluğu da, madde bağımlılığındaki bilişsel, nörolojik, genetik ve davranışsal belirtilere benzer belirtiler göstermekte olduğu bildirilmiştir (Christensen ve ark. 2015; Güleç ve ark., 2015).

Kumar kavramı, internet üzerinden (çevrimiçi) ya da masa oyunları olarak ikiye ayrılabilir. 'Beceri isteyen oyunlar, iskambil oyunları, tombala, piyangolar, Sayısal Loto, Şans Topu, On Numara, Hemen Kazan, at yarışları, İddaa, Süper Loto, Spor Toto, Bingo, poker, zar, rulet ve borsa' gibi çok çeşitli oyunları barındıran bir yapıya sahiptir (González-Roz ve ark., 2017).

Tarihsel olarak, "kumar" kelimesi; haksız oynamak veya oyunda hile yapmak olarak anılmaktadır. Modern zamanlar için kumar kavramını açıklayan Devereux kumarı, rastgele veya belirsiz sonuçları olan şans etkinlikleri veya olaylardaki bahis parasını artırmak veya kumar için kullanılan diğer eşyalara atıfta bulunmak anlamında kullanmıştır (Devereux, 1976).

Kumar oynamak risk almayı ve sınırlı bir beceriyi içerebilmektedir. Alınan risklerle bu davranış iyi kumar oynamadan, sosyal kumar oynamaya, süregelen kumar oynamaya ve

kumar oynama bozukluğuna (bağımlılığa) kadar değişen bir sũreç olmaktadır (Barrett, Blaszczynski ve Braunlich, 2003).

Davranışı bakış açısı; bağımlılığı davranışlardaki patolojiyi, “olumsuz sonuçlarına rağmen davranışın sũrdũrũlmesi, davranış ũzerindeki Ȗz denetimin zayıflaması, davranışın devamı için zorlayıcı dũrtũsel arzu ve davranışı yapmadan Ȗnce zorlanma durumu veya istekte bulunma durumu” olarak açıklamaktadır (Potenza ve ark., 2010).

Kumar ortamındaki en Ȗnemli değişikliklerden biri, mobil dahil İnternet kumarının kullanılabilirliğinin artmasıdır. Çevrimiçi (online) kumar, oyun ve bahis siteleri, kumarın en hızlı bũyũyen şeklidir ve kumar oynayan kişilerin bu etkinlikle ilgilenme şeklini değiştirmektedir. Yũksek erişilebilirlik dũzeyi, etkileyici ara yũzler ve para harcamanın kolay olması nedeniyle, evrimii kumarın, masa başı kumar oynama oranlarına gȖre artabileceği belirtilmektedir (Gainsbury, 2015).

Kumar oynama sorununun sadece yetişkinlere Ȗzgũ olmayan, adȖlesanlar ve gençler arasında da yaygın şekilde gȖrũldũđũ belirtilmektedir (González-Roz ve ark., 2017). Kumar oynama sorununun gȖrũlme sıklığı genç bireylerde yetişkinlerden daha yũksek olduğuna dikkat çekilmektedir (Calado ve Griffiths, 2016; Nowak, 2017; Vayısoğlu S.K, ve ark., 2019). Genel popũlasyon (yetişkinler) ile yapılan çalışmalar incelendiğinde; patolojik kumarın yetişkinler arasındaki yaşamboyu yaygınlığı %1,6 olduğu ve kumar oynama bozukluğunun, “bipolar bozukluk ve şizofreni” yaygınlığına benzerlik gȖsterdiđi ve genel nũfusta %1-3 oranında olduğu belirtilmiştir (Fong, 2005). Pallesen ve arkadaşları araştırmalarında patolojik kumar oynama nũfus oranının %5-10 olduğunu belirtmektedir (Pallesen ve ark., 2005). Odabaşıoğlu ve arkadaşları, internet bağımlıların %50’sinde başka bir psikiyatrik bozukluk bulunduğunu belirtip, kumar oynamanın (%10) olarak bulunduğunu belirtmişlerdir. “Dũrtũ kontrol bozukluğu ya da madde bağımlılığı” olan bireylerin interneti bağımlılık dũzeyinde kullandıkları belirtilmektedir (Odabaşıoğlu ve ark., 2007).

Lorains ve ark. (2011) yetişkinler için kumar oynama bozukluğu yaygınlığının %0,1-2,7 arasında olduğunu belirtmişlerdir. Hodgins ve ark. (2011) insanların %0,2-5,3’ũnũn hayatlarının bir kısmında kumar oynama davranışı gȖsterdiklerini belirtmişlerdir. Bazı çalışmalarda; yaş, cinsiyet, yaşanılan bȖlge, sosyoekonomik durum gibi sosyodemografik Ȗzelliklerin kumar oynama davranışını etkilediğini ve erken yaşta kumar aktivitelerine başlanması, psikiyatrik eştanının olmasının, olumsuz çocukluk yaşantılarının, aile

öyküsünde bağımlılığın olması gibi faktörlerin kumar oynama bozukluğu için risk faktörü olacağı belirtilmiştir (Blanco ve ark., 2012; Martins ve ark., 2013; Çakmak ve ark., 2018).

Kumar oynama bozukluğu tanısı almış bireylerin limbik bölgelerinde körleşmiş sinir aktivasyonları gözlemlendiği belirtilmiştir (Leeman ve Potenza, 2012). Dopamin madde bağımlılığı için önemli bir taşıyıcıdır. Dopaminerjik sistemlerin de kumar oynama bozukluğunda, madde kullanım bozukluğuna benzer belirtiler gösterdiği belirtilmiştir. (Potenza, 2014). Ödül merkezi sistemine bağlı sinir bölgelerinde oluşan hareketli aktivasyonlar; kumar oynama bozukluğunun, bozulmuş dürtü kontrolü ile karakterize edilebileceği bir dizi bilişsel sürece işaret ettiği belirtilmiştir (Leeman ve Potenza, 2012; Potenza, 2014).

Dürtüsellik; riskli, genellikle olumsuz ve istenmeyen sonuçlara sebebiyet veren davranış bütünü olarak belirtilmektedir (Özdemir, 2012). Dürtüsellik aşırı davranışlar (alışveriş, kumar, yeme, içme, alkol ve madde kullanımı gibi) kişinin anlık uyarıcılara odaklanmasının bir sonucu olarak da görülebilmektedir (Baumeister ve Heatherton, 1996).

Schreiber ve arkadaşları (2011) 286 eğlence amaçlı kumar oynayan üniversite öğrencileriyle yaptıkları araştırmalarında; öğrencilerin %28'inin yaşamlarının bir döneminde psikiyatrik sorun yaşadıkları, %74'ünün en az bir kere alkol kullandığını, %25'inin en az bir kere esrar kullandığını, %20,9'unun en az bir kere sigara kullandığını belirtmişlerdir (Schreiber ve Ark., 2011). Dürtüsellik; "patolojik kumar oynama, aralıklı patlayıcı bozukluk, piromani, kleptomani ve trikotillomani" için de tanı ölçütü olarak kabul görmektedir (Rachlin, 2000; Hollander, 2005; Demirci, 2016).

Dürtüsellik; Birçok ruhsal bozuklukta ve tedavi planlanmasında önemlidir, bu nedenle dürtüsellik ile ilgili yapılan araştırmalar 'boyutsal yaklaşımı' önermektedir. Dürtüsellik ile ilgili yapılan araştırmalarda; dürtüsellüğün 'agresyon' boyutu temel alınmaktadır, öfke ve saldırganlık diğer boyutlara göre çabuk anlaşılır ve tedavisinin daha kolay olduğu belirtilmektedir (Barratt ve ark., 1995; Özdemir ve ark., 2012). Demirci ve ark.(2016) dürtüsellüğün diğer boyutlarına önem verilmesi gerektiğini belirterek, engellere karşı direncin düşük olması ve plan yapmadaki eksikliklerin olması ile de açıklanabileceğini belirtmektedir.

Kumar oynama bozukluğunda, yoğun suçluluk ve utanç duygusunun ve artmış dürtüsellüğün sonucunda karar vermede bozulmaların görülmesi en sık görülen psikiyatrik sonuçlarından olduğu belirtilmektedir (Fong, 2005). Literatürde genç bireylerin risk alma

isteğinin ve dürtüsellik kumar oynama davranışında risk etmeni olarak gösterilmektedir (Leeman ve Potenza, 2012; Erel, 2013; Nowak ve Aloe, 2014).

Risk alma isteği ve dürtüsellik yüksek olan (Leeman ve Potenza, 2012; Erel, 2013; Nowak ve Aloe, 2014) ve riskli çevre içerisinde yetişen genç bireylerin, gelişim süreçlerini tehdit eden olumsuzluklara rağmen psikolojik olarak dayanıklı kalma algısını oluşturma ve riskleri önleme görevinde önleyici çalışmalara yoğunlaşılması gerektiği belirtilmektedir (Gizir, 2007; Weiland ve ark., 2012; Rutten ve ark., 2013). Riskli çevrede yetişen bireylerin yaşamlarında karşılarına çıkabilecek olumsuz olayların yoğunluğunu ve yaygınlığını en aza indirebilmek için önleme, psikolojik sağlamlığı geliştirme, kullanma ve ölçmenin yapılması gerekmektedir (Gizir, 2007).

Weiland ve arkadaşları 2012 yılında yaptıkları çalışmalarında psikolojik sağlamlığı; içinde bulunulan duruma göre dürtü kontrolünü esnek bir şekilde kullanma yeteneği olarak tanımlamışlar ve düşük psikolojik sağlamlık sonucunda ruhsal bozuklukların ortaya çıkabileceğini belirtmişlerdir. Yüksek psikolojik sağlamlığın da, daha düşük madde kullanımıyla, daha az alkol sorunuyla, daha az aşırı davranışlarla ve daha iyi çalışma performansı ile ilgili olduğunu belirtmişlerdir.

Çataloğlu (2011) çalışmasında madde kullanmayan ergenlerin, “problem çözme ve duygusal tepki verme” açısından ailelerini daha iyi algıladıklarını belirtmiştir. Psikolojik sağlamlık üzerinde belirleyici olan bireysel risk faktörleri içerisinde zararlı alışkanlıkların önemli bir yer tuttuğu belirtilmiştir (Çataloğlu, 2011).

Psikolojik sağlamlığın geliştirilmesinde ve sürdürülmesinde hemşireliğin bağımsız rolleri “bakım verici rolü, eğitici rolü, araştırmacı rolü, yönetici rolü, karar verici, savunucu rolü” görev ve yetkileri doğrultusunda etkin bir biçimde uygulanabilir. Hemşireliğin gelişmesiyle beraber bağımsız rollerinin artmasının, görev ve yetkileriyle ilişkili olduğunu ve bu bağımsız rollerin; “İletişim ve eşgüdüm sağlayıcı rolü, rehabilite edici rolü, konfor sağlayıcı-rahatlatıcı rolü, tedavi edici rolü, danışman rolü” olduğunu belirtmiştir (Taylan, 2009).

Yukarıda da belirtildiği gibi kumar oynama, dürtüsellik ve psikolojik sağlamlık ayrı ayrı çalışılmıştır. Ülkemizde kumar oynama davranışı, dürtüsellik ve psikolojik sağlamlık kavramlarını bir arada inceleyen çalışmaya ulaşılamamıştır. Oysa bu üç değişkenin birbiriyle ilişkisinin belirlenmesine ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Böylece dürtüsellik azaltılması

ve kumar oynama davranışının önlenmesinde psikolojik sağlamlığı güçlendirmenin rolü açıklanabilir.

Bağımlılığın tedavisinde ise, önleme ve koruma sürecinde hemşire sağlık ekibinin bir parçasıdır (Albayrak ve ark., 2014). Sağlık merkezleri, okul gibi alanlarda, önleyici-koruyucu çalışmalarda görev yapan hemşirelerin bağımlılık gelişiminin önlenmesi çalışmalarına öncelik vermelidir. Bu alanlarda görev yapan hemşireler; önleyici-koruyucu çalışmalarda bağımlılık açısından riskli bireyleri tespit ve ailesi ile birlikte takip ederek, danışmanlık hizmeti verebilirler (Kaya ve ark., 2013).

1.2. Araştırmanın Amacı

Üniversitede öğrenim gören öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri ile kumar oynama davranışları, dürtüsellik düzeyleri ve psikolojik sağlamlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Alt Soruları

1. Üniversite öğrencilerinin tanımlayıcı özellikleri ile dürtüsellik düzeyi, psikolojik sağlamlık düzeyi ve kumar oynama davranışı arasında fark var mıdır?
2. Kumar oynama davranışı ve dürtüsellik düzeyi arasındaki ilişki nedir?
3. Kumar oynama davranışı ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki nedir?
4. Dürtüsellik ve psikolojik sağlamlık düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
5. Kumar oynama davranışı, dürtüsellik ve psikolojik sağlamlık arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bağımlılık Nedir?

Bağımlılık kavramı birçok araştırmacı tarafından uyuşturucu madde ve alkol kullanımı ile bütünleştirilmiştir. Uzbay (2009) bağımlılığı; ‘bir nesneye, kişiye veya bir varlığa karşı duyulan önlenemez istek veya başka bir iradenin altına girme durumu olarak tanımlanan ve insanın mental aktivitesi ile ilişkili patolojik bir davranışı yansıtması’ olarak tanımlamıştır. İnsanların fiziksel ve ruhsal sağlıklarına ya da hayatlarına getirdiği olumsuz etkilerine rağmen, “belirli bir takıntılı durumu yinelemeye yönelik engellenemeyen bir istek duymaları ve bunu sürdürmeleri hali” olarak belirtilmiştir (Uzbay, 2009). Ögel ve arkadaşları (2012) bağımlılığı, herhangi bir konuda desteklenmek için bir şeye veya birisine bağlı olmak şeklinde tanımlamıştır. Bağımlılık; zorlayıcı veya tekrarlayıcı bir istek olup, eğer karşılanmazsa (fiziksel ya da psikolojik) huzursuzluk oluşturacak kadar güçlü bir gereksinim oluşturmaktadır (Townsend, 2015). Türk Dil Kurumu (TDK) bağımlılığı bir olguya bağlı olma durumu ve felsefi olarak ise bir başka şeyle koşullanma, o şeye bağlı olma durumu olarak açıklamıştır (TDK Resmi Web Sitesi).

Davranışçı bakış açısına göre; bağımlılık, “davranışın olumsuz sonuçlar oluşturmalarına rağmen o davranışın devam ettirilmesi, davranışın üzerindeki öz denetiminin yetersiz kalması, davranışın devam etmesi için zorlayıcı dürtüsel arzunun olması ve davranışı yapmadan önce istekte bulunma ve yoksunluk yaşama durumudur” (Potenza ve ark., 2010).

DSM-IV’te Bağımlılık; kronik olan ve sık yinelemelerle devam eden, oluşabilecek sosyoekonomik kayıplara ve fiziksel-ruhsal sağlıkta oluşan olumsuz sonuçlara rağmen tekrarlayan arayışla devam eden madde ve alkol kullanımındaki kontrolün kaybedildiği bir bozukluk olarak tanımlanmıştır (APA, 2000).

Amerikan Psikiyatri Derneği (APA) bağımlılık tanısının konulabilmesi için “tolerans, uzaklaşım, tekrarlamak, kurtulma arzusu, çabalama, fedakârlık ve vazgeçememek” belirtilerinin görülmesi gerektiğini belirtmektedir (APA, 2000; APA, 2013). Araştırmacılar tarafından APA’nın belirttiği tanı kriterlerinin; “belirginlik, duygusal değişim, tolerans, uzaklaşım belirtileri, çatışma ve tekrarlama” ile altı başlık altında açıklanabileceği belirtilmiştir. Bu kriterleri ilk olarak 1995 yılında Griffiths Teknoloji bağımlılığı alanında yaptığı araştırmasında kullanmıştır (Fidan, 2016).

Fidan 2016 yılında yapmış olduğu “Mobil Bağımlılık Ölçeği’nin Geliştirilmesi ve Geçerliliği: Bileşenler Modeli Yaklaşımı” araştırmasında, bağımlılık için belirtilen bu altı kriteri şu şekilde sıralanmıştır:

- i. Belirginlik (Salience): Bir davranışın, bireyin hayatındaki en çok önem verdiği bir aktivite olması ve bireyin ‘duygu, düşünce ve davranışlarını’ bastırmasıdır. ‘Örneğin; sigara bağımlılığı olan birey uzun süreli sigara içemeyeceği aktivitelerden kaçınma davranışı gösterir.’
- ii. Duygusal değişim (Mood modification): Bir davranışı gerçekleştirme isteğinde, farklı zaman aralıklarında bireyde gelişen duygusal ve ruhsal olarak değişimler göstermesidir. ‘Örneğin her sabah ilk iş olarak sigara içen bağımlı bireyin, akşam yatarken son sigarasını sabahları boğazında oluşan rahatsız edici ağrılar nedeniyle içmek istememesi ancak ertesi sabah ilk işi tekrar sigara içmektir.’
- iii. Tolerans (Tolerance): Kullanım ya da davranışı gerçekleştirme yoğunluğunun günden güne artmasıdır. Örneğin; oyun bağımlılığı olan bir bireyin ilk zamanlarda 4 saat oyun oynaması ve gün geçtikçe bu sürenin uzaması bütün bir günü alabilecek olmasıdır.
- iv. Uzaklaşım belirtileri (Withdrawal symptoms): Kullanımın ya da davranışı gerçekleştirmenin kısıtlanması veya bırakılmasıyla bireyde gerçekleşen fiziksel-ruhsal yoksunluk belirtilerinin görülmesidir. Örneğin; Opioid bağımlılığı olan bireyin, opioid kullanımını bıraktığı ilk günlerde yüksek ateş, bulantı, halsizlik gibi belirtiler göstermesidir.
- v. Çatışma (Conflict): Bağımlılığı olan bir bireyin kendisiyle ve sosyal olarak yakınlık kurduğu bireylerle bağımlılığı nedeniyle çatışma yaşamasıdır. Örneğin; kumar bağımlılığı olan bireyin, yaşamış olduğu ekonomik sıkıntılar nedeniyle, ailesiyle bu sıkıntılar yüzünden tartışmalar yaşamasıdır.
- vi. Tekrarlama (Relapse): Bağımlılığın, uzun bir süre bırakılması ve sonra tekrar başlanmasıdır. Örneğin; Alkol kullanımı olan bireyin uzun yıllar bıraktıktan sonra özel bir günde tek seferden bir şey olmaz diyerek tekrar kullanıma başlamasıdır.

Griffiths 1995 yılında yaptığı Teknoloji Bağımlılıkları çalışmasında uyuşturucu maddelerin ve alkol kullanımının yanı sıra bağımlılık potansiyeline sahip farklı davranışların olduğunu savunmuştur.

Davis (2001) bağımlılığın “fizyolojik olarak bazı uyarıcılara genellikle de maddeye bağımlı olmayı” tanımladığını belirtmektedir. DSM-IV’te ‘patolojik kullanımın’, ‘maddenin kötüye kullanımının’ ve ‘takıntılı kumar oynamanın’ bağımlılık ile tanımlanamadığı

belirtilmektedir. Madde kullanımı için bağımlılığı kabul ederken, kumar oynama bozukluğu için patolojik kullanımı kabul etmektedir (APA, 2000).

Psikiyatri terminolojisinde bağımlılık kavramı, davranışçı yaklaşımların etkisinde yeni bir bakış açısı kazanmıştır (Shaffer ve ark., 2004; Potenza ve ark, 2006; Slutske ve ark., 2006; Shaffer ve ark., 2010; Karim ve ark., 2012; Clark, 2014). Bağımlılıklar arasındaki ilişki; kalıtım, tolerans, yoksunluk belirtileri ve tedavi sonuçları ile ilgili verilerin benzerlikler göstermesi ile kumar bağımlılığı da etiyoloji, tanısal ölçütleriyle tedavi açısından yeni bakış açıları geliştirilmiş ve DSM-5'te bağımlılık başlıkları yeniden düzenlenmiştir. (APA, 2013; Çakmak ve ark., 2018).

DSM-5'te bağımlılık, kullanım bozuklukları başlıkları altında tanımlanmıştır, genel tanımı ve içeriği DSM-IV ile aynıdır. DSM-5'te kötüye kullanım ve patolojik kavramları çıkarılmıştır. Kötüye kullanım, kullanım bozuklukları başlığı altında şiddet derecesiyle ölçülmektedir. Patolojik Kumar Oynama başlığı Maddeyle ilişkili olmayan kullanım bozuklukları başlığı altında yer edinmiştir. DSM-IV tolerans ve yoksunluk belirtileriyle fizyolojik bağımlığın belirlenmesine önem belirtirken, bu belirleyiciler DSM-5'te görülmemektedir. Bağımlılığın şiddeti ve aşırma, DSM-5'te yeni tanımlanmış bir belirleyicidir (APA,2000; APA, 2013; Hasin ve ark. 2013).

2.2. Kumar Nedir?

Tarihsel olarak, “kumar” kelimesi; haksız oynamak veya oyunda hile yapmak olarak anılmaktadır. Modern zamanlar için kumar kavramını açıklayan Deverux kumarı, rastgele veya belirsiz sonuçları olan şans etkinlikleri veya olaylardaki bahis parasını artırmak veya kumar için kullanılan diğer eşyalara atıfta bulunmak anlamında kullanmıştır (Deverux, 1976).

1996'da Bruce ve Johnson kumarın aynı zamanda beceri gerektiren aktiviteler de içerdiğini belirterek şu örnekle açıklamıştır: “Bir bahisçinin oyun düzeni hakkında bilgisi, belirli kart oyunlarında kazanma şansını artırabilir; atlar ve jokeyler ile ilgili bilgisi, bir at yarışında olası sonuçların tahminlerini geliştirebilir.” Bu tür becerilerin kullanılması, kaybetme sonuçlarını azaltabilir, ancak yine de tahmin edilemeyen veya göz önünde bulundurulmayan diğer faktörler sonucun belirsizliğini korumaktadır (Barrett ve ark., 2003).

Petry (2005), kumarın eski çağlardan beri insanların hayatının bir parçası olduğunu belirtmiştir. M.Ö. yaklaşık 3000 tarihlerinde bir Mısır mezarında zar bulunması kumarın yeni bir olgu olmadığını kanıtı olarak gösterilmiştir. Kumar Komisyonu 2017 raporunda; Çin, Mısır ve İran'dan gelen arkeolojik buluntuların varlığıyla, kumarın 5 bin yıldan beri var olduğunu belirtmektedir.

Kumar; 'iskambil - kart oyunlarını, beceri isteyen oyunları, tombala, piyango, Sayısal Loto, Şans Topu, On Numara, Hemen Kazan, at yarışları, iddaa, Süper Loto, Spor Toto, Bingo, poker, zar, rulet ve borsa' gibi çok oyunu içinde bulundurur. (González-Roz ve ark., 2017). Teknolojik gelişmelerin artması ve online oyunlara ulaşmanın daha kolay ve hızlı olması, online (çevrimiçi) kumar oyunlarının artmasına neden olmakta ve kumar oynama sorunun önlenmesi daha da zorlaşmaktadır (Calado, Alexandre ve Griffiths, 2017; González-Roz ve ark., 2017).

Online kumar, oyun (casino) ve bahis (iddaa) siteleri, kumarın en hızlı gelişim gösteren yüzüdür. Kumar oynayan kişilerin dikkatini daha çok çekmektedir ve kolay ulaşım ile bireylerin bağlanmasını kolaylaştırmaktadır. Kolay erişebilme, dikkat çekici, cezbedici ara yüzlerin, reklamların olması ve para harcama-kazanmanın (paraya ulaşımın) kolay olması nedeniyle, online kumarın, masa başı kumar oynama sıklığına ve tercih edilebilirliğine göre artabileceği belirtilmektedir (Gainsbury, 2015).

Kanada'da yayınlanan Global Gaming Outlook dergisi Aralık 2015'te, kumar pazarının %53'ünü çevrimiçi kumarın, %25,4'ünü kumarhane oyunlarının (slot makineleri, elektronik oyun makineleri), %14,2'sini pokerin ve %7,4'ünü bingonun oluşturduğunu belirtmiştir. Ayrıca Almanya'da 15.023 katılımcı ile yapılan online kumarın, kumar oynama davranışı üzerindeki etkisini inceleyen çalışmada; çevrimdışı kumarın (masabaşı, casino, bayi, kiraathane vb.) %10'unun, çevrimiçi kumar ile yer değiştirdiği ve bireylerin kumar oynama bozukluğu tanısı alma olasılığının %8,8-12,6 oranında arttığını belirtmişlerdir (Effertz ve ark.,2018).

Türkiye'de Devlet Denetleme Kurulu'nun (DDK) (2009) Talih ve şans oyunlarına dair "2006 ve 2007 yılları faaliyetlerinin denetimi ile söz konusu faaliyetlerden kamu hizmetlerine ayrılan payların değerlendirilmesi" ile ilgili raporlarında, kamu birimlerinde çalışan memurların "%67,3'ünün en az bir kere kumar içerikli oyun oynadığı" belirtilmiştir. Bu

sonucun, Türkiye’de kumar oynama davranışının sorunlu bir hale gelebileceğine dair ipucu sunduğu belirtilmiştir.

2.3. Kumar Oynama Bozukluğu Nedir?

Kumar bağımlılığı ilk “Patolojik Kumar” tanısı başlığıyla 1980 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından DSM-III’te dürtü kontrolü bozukluğu içinde bir hastalık olarak tanımlanmıştır. 1987 yılında DSM-III’te düzenlenerek kriter içeriği artırılmış ve 1994’te DSM-IV’ün yayınlanmasıyla düzenlenmiştir. Patolojik kumar oynama tanısı kriterleri genel olarak madde bağımlılığı kriterleri ardından modellendiği belirtilmiştir (Rosenthal ve ark., 1991). Şuan DSM-5’te kumar bağımlılığı, bağımlılıklar kategorisine dahil edilmiş ve “Madde ile İlişkili ve Bağımlılık Bozuklukları” kategorisinde “Madde ile ilişkili olmayan bozukluk” başlığıyla yer almıştır (APA, 1987; APA, 1994; APA, 2000; APA, 2013).

Kumar oynamak risk almayı içermekle birlikte sınırlı bir beceriyi de içerebilmektedir. Alınan risklerle bu davranış iyi kumar oynamadan, sosyal kumar oynamaya, süregelen kumar oynamaya ve kumar oynama bozukluğuna kadar değişen bir süreç olmaktadır (Barrett, Blaszczynski ve Braunlich, 2003).

2003 yılında Barrett ve arkadaşları Kumar oynamayı dokuz sınıfa ayırmıştır.

- Aşırı Kumar Oynama: Harcanan zaman ve parada kabul edilebilir seviye aşıldığı durumlarda kullanılan terimdir. Ölçsüz Kumar oynama ile eş anlamlıdır.
- Eğlence Amaçlı Kumar Oynama: Hiçbir zararlı etkisi olmadan sosyal kumar oynamaktır.
- Kompulsif Kumar Oynama: Tekrarlayan kumar oynama davranışıdır. “Adsız Kumarbazlar” ve kendi kendine yardım tedavi toplulukları tarafından hala kullanılmaktadır.
- Kumar Oynama Bozukluğu: Dürtü kontrol bozukluklarıyla ilişkilendirilen kumar ile ilgili sorun ve patolojik durum ile ilgili terimleri kavramsal olarak kapsayan terimdir. Problemlili ve patolojik kumar oynamayı tanımlamak için de kullanılır.

- Muhtemel Patolojik Kumarbaz: Yaygınlık arařtırmaları ve diđer literatür çalıřmalarında, bazı kriterler çerçevesinde patolojik kumarbaz olduđu dűřünűlen fakat klinik olarak deđerlendirilmemiř kumar oynayan kiřiye tanımlamak için kullanılan bir terimdir.
- Patolojik Kumar Oynama: Olumsuz sonuçlarına rađmen para kazanmak için hangi kumar oyununu oynaması gerektiđi ile meřgul olma, mantıksız dűřűncelerin hakim olması ve kumar oynama űzerindeki kontrol ve kayıpların devamı ile karakterize olan ruhsal bir bozukluktur.
- Sosyal Kumar Oynama: Eğence amaçlı kumar oynama ile eşanlımlıdır.
- Sorun Olduđundan řűphelenilen Kumar Oynama: Aşırı veya normal olmayan kumar oynamayla eşanlımlıdır.
- Sorunlu/Problemlili Kumar Oynama: Ailesini, űnemli diğer kişileri, arkadaşlarını, iř arkadaşlarını etkileyen zararlı sonuçlarına rağmen kumar oynamaktır. Bazı sorunlu kumarbazlar, patolojik kumar kriterlerini karşılamayabilirler.

Kumar oynama davranışı; madde kullanım bozukluğunda, űdűl merkezinde gerçekleşen etkilere ve belirtilere yakınlık gűstermektedir. Bu benzerlikler nedeniyle davranışsal bir bağımlılık olarak sınıflandırılmıştır. Kumar ve madde kullanımı bozuklukları aynı kategoride sınıflandırılmış olmasına rağmen, DSM-5'te madde kullanımı bozukluklarında 11 belirtiden ikisini karşılayan kiři tanı sınıfına girmektedir. Kumar bozukluğunun kriterleri ile karşılaştırıldığında daha fazla sertlik eşiği uygulanmaktadır (APA, 2013).

2.3.1. Kumar Oynama Bozukluğu Tanı Kriterleri

Kumar oynama bozukluğu tanısı almış bireylerin genellikle kumar oynama sorunlarını gizlemeye çalıştıklarını ve oynama durumlarındaki kűtűleřme arttıa yardım arama girişiminde buldukları savunulmaktadır. Tedaviye başvuruların nedeni genellikle kumarın neden olduğu ruhsal problemler olduğu belirtilmektedir (Yau ve ark., 2015). Kumar oynama

bozukluğunda, ‘suçluluk ve utanç’ düzeylerinde yoğunlaşma, dürtüsellik düzeyinde artma, karar mekanizmalarında bozulma ve yoksunluk gibi madde bağımlılığında da görülen benzer klinik belirtilerin olduğunu; Majör depresif epizodların, anksiyete, kaygı bozukluklarının başlaması veya alevlenmesi kumar oynama bozukluğu tanısı almış bireylerde en çok görülen psikiyatrik sonuçlar olduğu belirtilmektedir (Fong, 2005). Kumar oynama bozukluğu tedavisi olan bir hastalıktır, “tanı konulmadığı veya tedavi edilmediğinde” ilerleyebildiği ve bu durumun kontrol altına alınmasının zorlaştığı belirtilerek beraberinde getirdiği tanıların önemini olduğu belirtilmektedir (Altıntaş, 2018).

DSM-IV’te Patolojik Kumar Oynama olarak “Başka Bir Yerde Sınıflandırılmamış Dürtü Denetim Bozuklukları” başlığı altında yer almıştır (APA, 2000).

A. Aşağıdakilerden beşinin (ya da daha fazlasının) belirtiyi karşılmasıyla devam eden ve tekrarlayan kumar oynama davranışı:

1. Kumar oynama davranışını bireyin fazla düşünmesi (bireyin önceki kumar denemelerini yeniden tecrübe etmesi, sonraki oyun aktivitelerini planlaması ya da kendini durdurmaya çalışması),
2. Arzu ettiği heyecana ulaşabilmek amacıyla oynadığı para miktarını artırması ile kumar oynama ihtiyacı hissetmesi,
3. Kumar oynama davranışını denetim altına alma isteği, kısıtlama ya da bırakmak için çabalaması ve birçok kez başarısız olması,
4. Kumar oynama davranışını denetim altına alma, kısıtlama ya da bırakmak için eylemlerde bulunduğu gerginlik ya da irritabilite durumunda olması,
5. Yaşadığı olumsuzluklardan kaçınmak ya da rahatsız olduğu duygudurumlardan uzaklaşmak amacıyla kumar oynama davranışı sergilemesi,
6. Kumar oynama sonucunda kayıplar oluşması ve bu kayıplarını kazanmak amacıyla birçok kez tekrar kumar oynaması (kumar nedeniyle oluşan kayıplarını kumar ile kazanma isteğinin olması, kaybettiklerinin peşinden gitmek),
7. Oynadığı kumar miktarını saklamak amacıyla ailesine, danışmanına ve çevresindeki insanlara yalan söylemesi,

8. Kumara yatırabileceği paraya ulaşabilmek amacıyla paraya ulaşabilmek amacıyla uygunsuz ya da yasal olmayan davranışlarda sergilemesi,

9. Kumar oynama davranışına ulaşabilmek için ya da sonuçları nedeniyle önemli bir hayatındaki önemli olayları kaçırmaması, çevresindeki insanlardan uzaklaşması, iş ve okul hayatını olumsuz etkilemesi,

10. Kumar oynama sonucunda yaşadığı maddi sorunları ortadan kaldırmak amacıyla para konusunda borçlarının ödenmesi için çevresindeki insanlara güvenerek hareket etmesi.

B. Kumar oynama davranışının manik epizod ile açıklanamadığı belirtilmiştir.

DSM-5'te kumar bağımlılığı “dürtü kontrol bozukluğu” tanı aralığından çıkartılıp, “madde ile ilişkili olmayan bozukluklar” altında tanı kriterleri belirlenerek ve “Kumar Oynama Bozukluğu” adını almaktadır (APA, 2013).

DSM-5'te bulunan tanı ölçütleri şu şekilde sıralanmıştır;

A. Bir yıl içinde, aşağıdaki belirtilerden dört tanesini karşılayan, klinik düzeyde bir sıkıntı ya da işlevsel açıdan yetersiz, kronik ve tekrarlayan, sorunlu kumar oynama davranışı:

1. İsteddiği coşkuya ulaşabilmek için giderek daha fazla para ile kumar oynama ihtiyacı duyulması,

2. Kumar oynamayı bırakmak ya da durdurmak için harekete geçtiğinde gergin-agresif olması,

3. Kumar oynamayı kontrol etmek ve bırakmak için tekrarlayan, çabalarının sonuçsuz olması,

4. Sürekli kumar ile ilgili düşüncelerin olması, (ör. Geçmişteki kumar oynama yaşantılarını yeniden yaşamayı sürekli düşünüp durma, oynama girişimini, kumar oynamak için ya da borçlarını kapatmak için para bulabileceği yerleri ya da kişileri düşünme vb.)

5. Genellikle sıkıntılı hissederken kumar oynama isteğinin olması, (ör. Çaresiz, suçlu, huzursuz, mutsuz)

6. Kumar oynama sonucunda para kaybedince, genellikle tekrar kazanmak amacıyla tekrar oynaması, (yitirdikleri için tekrar denemek.)

7. Kumar oynama davranışını saklamak amacıyla yalan söylemesi,

8. Kumar oynama davranışı nedeniyle hayatındaki önemli kişileri kaybetmesi ya da uzaklaşması, okul ve iş hayatında başarısız olması ya da önemsememesi.

9. Kumar oynama sonucunda yaşadığı maddi sıkıntıları atlatabilmek amacıyla para bulabileceği kaynak arayışlarında bulunmasıdır.

B. Kumar oynama davranışının manik dönem ile açıklanamadığı belirtilmiştir.

- Dönemsel: Kumar oynama tanı ölçütlerinin uyduğu dönemler arasında belirtilerin yatıştığı birkaç aylık dönemlerin olması,
- Sürekli: Yıllardır, tanı ölçütlerini karşılayan, sürekli belirtiler yaşanması durumu,
- Erken yatışma evresinde: Daha önce kumar oynama bozukluğu için tanı ölçütlerinin tam karşılanmasından sonra on iki aydan daha kısa süre olması ve en az üç ay karşılanmamasıdır.
- Sürekli yatışma ile giden: Daha önce kumar oynama bozukluğu için tanı ölçütlerinin tam karşılanmasından sonra, kumar oynama bozukluğunun hiçbir tanı ölçütünü, 12 ay ya da daha uzun süredir karşılanmamasıdır.

DSM-5'te bulunan tanı ölçütlerinden 4-5 belirtinin karşılanması ağır olmayan, 6-7 belirtinin karşılanması orta derecede ve 8-9 belirtinin karşılandığı durumların ağır kumar oynama bozukluğunu ifade ettiği belirtilmiştir (APA, 2013).

2.3.2. Kumar Oynama Bozukluğu Etiyolojisi, Yaygınlığı, Gelişimi Ve Sonuçları

Kumar bağımlılığı, diğer bağımlılıklar gibi beynin işleyişini bozar ve kumar bağımlılığına özel olarak para ödülüne ulaşmayı amaç edinen bireylerde gelişim göstermektedir (Tarhan ve Nurmedov, 2011). Kestirmeden paraya - kazanca ulaşma isteği ve önceden var olan borçlar- ekonomik problemlerin kumarı cazip hale getirdiği belirtilmektedir (Çelik, 2016; DDK, 2009).

2005 yılında Fong'un metaanaliz sonucunda kumar oynama bozukluğunun yetişkin popülasyonunda yaşam boyu yaygınlığı %1,6 olduğu ve kumar oynama bozukluğunun,

bipolar bozukluk ve şizofreni prevalansına benzer oranda olduğu ve dünya nüfusuna göre dağılımı %1-3 oranında olduğu belirtilmiştir (Fong, 2005).

Kumar Bağımlılığını gelişim nedenleri;

- Hayatındaki problemlerden uzaklaşarak rahatlama isteği (Cenan, 2008; Derin ve Bilge,2017),
- Bireylerin kendine ve ailelerine karşı bastırdıkları agresyon duygusunu besleme (Kasatura, 1998; Ögel, 2015; Derin ve Bilge,2017),
- Heyecan yaşama isteği, rekabetçi kişilik, risk alma isteği, belirsizlik yaşama karar verme sürecinde zorlanma, becerilerini test etme isteği, problemlili ilişkiler yaşama ve yaşam stresinin algı düzeyi (Nowak ve Aloe, 2014; Derin ve Bilge,2017) bireylerin kumara yönelmelerine etki eden nedenler olduğu belirtilmektedir (Derin ve Bilge,2017).

Mevcut bağımlılık teorisyenleri kumar oynama bozukluğu için de geçerli olan dört önemli bilişsel ve duygusal süreç tanımlamıştır (Holst ve Arkadaşları, 2010).

1. Süreç; ödül ve ceza işleme ve davranışsal koşullanma ile olan ilişkisidir.
2. Süreç; kumar ipuçlarının daha fazla göze çarpmasıdır ve bu da genellikle güçlü dürtülerle veya kumar için özlemlerle sonuçlanır.
3. Süreç; dürtüselliktir, kumar sorunlarının bir sonucu ya da nedeni olarak gösterilmektedir.
4. Süreç; bozulmuş karar vermektir, çünkü kumar bağımlılığı gelişmiş bireyler ciddi olumsuz sonuçlar karşısında kumar oynamaya devam ederler.

Kumar oynayan bireyler, kumara harcadıkları zaman ve parayı arttırdıkça kendilerini güvende hissedip, günlük hayatlarından ve sorunlarında uzaklaştıklarını hissederler. Kısa yoldan zengin olmayı istedikleri için kumar sonucunda yaşadıkları maddi sorunlar olması bile daha fazla zaman ve para harcayarak kazanca kısa sürede ulaşmayı hedefleyip, umut etmelerine engel olmaz (Ögel, 2010).

Kumar oynama bozukluğu tanısı almış bireylerde kortikostalria limbik bölgelerinde körleşmiş sinir aktivasyonları gözlemlendiği belirtilmiştir (Leeman ve Potenza, 2012). Ödül merkezi sistemine bağlı sinir bölgelerinde oluşan hareketli aktivasyonlar, kumar bozukluğu ve bozulmuş dürtü kontrolü ile bilişsel süreci önemli ölçüde etkilediği belirtilmiştir. Limbik

systemde oluşan aktivasyonlar kumar oynama bozukluğunun bir ödöl işleme bozukluğu olabileceği belirtilmiştir (ödöl işleme, özlem, karar verme, gecikme indirim ve bilişsel kontrolde anormallikler). Dopaminin madde bağımlılığı içindeki önemi göz önüne alındığında, dopaminerjik sistemlerin de kumar oynama bozukluğu için önemli bir nörokimyasal sistem olduğu belirtilmiştir (Potenza, 2014).

2010 yılında 422 online poker oyuncusu (362 erkek ve 60 kadın) ile yapılan ‘Üniversite Öğrencilerinde Online Poker Kumar Oynama’ çalışmasında, online poker başarısının ve problemlili kumar oynamanın tahmin edici faktörleri araştırılmıştır. Bir oyuncunun geçirdiği süre ile problemlili kumar oynamanın doğru orantılı olduğu belirtilmiştir(Griffiths ve ark., 2010). Erkeklerin sanal kumar, sanal oyun ve sanal pornografi kullanımlarının daha fazla olduğu, bu yüzden internet bağımlılığının daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (Liu ve ark., 2011). Odabaşıoğlu ve arkadaşları 2007’de yaptıkları araştırmalarında internet bağımlılıklarının %50’sinde ek bir psikiyatrik öykü bulunduğunu belirtip, kumar oynama davranışının (%10) olduğunu belirtmişlerdir. Çeşitli dürtü kontrol bozukluğu, kumar oynama bozukluğu ya da madde kullanımı bozukluğu olan bireylerin interneti patolojik anlamda kullandıklarını belirlemiştirler (Odabaşıoğlu ve ark., 2007).

Nowak ve Aloe’nin 2014’te yaptıkları çalışmalarında gençlerin kumar oynama riskinin yetişkinlere oranla arttığı belirtilmiştir, risk faktörleri ve nedenleri aşağıda sıralanmıştır;

- Adölesan dönemdeki bireylerin risk algısının düşük olması,
- İnternet üzerinden oynanan, yasal ve ya yasal olmayan kumar oyunlarına erişimin kolaylaşması,
- Kumar oynamaya özendiren reklamlara çok sık rastlanılması,
- Çeşitli devlet kurumları tarafından işletilen kumar sitelerinin ve oyunlarının olması,
- Burs ve kredi kartı gibi para kaynaklarına ulaşılabilirliğinin daha kolay olarak artması,
- Akranların birbirleri üzerindeki etkisi ve ailede kumar oynayan bireylerin varlığıyla ulaşımın kolaylaşması olarak belirtilmiştir.

Üniversite öğrencilerinin kumar oynama davranışlarının belirtileri ve sonuçları olarak akademik başarıda düşme, sosyal ilişkilerde bozulma, intihar girişiminde bulunmanın olabileceğine dair uyarılarda bulunmaktadır (Nowak ve Aloe, 2014).

Pallesen ve arkadaşları 2005 yılında yaptıkları araştırmalarında genel popülasyonda patolojik kumarın %5-10 arasında olduğunu belirtmişlerdir. Nowak ve Aloe 2014'te yaptıkları araştırmalarında üniversite öğrencileri arasında bu oranın, %10.23 olduğunu belirtmişlerdir (Nowak ve Aloe, 2014).

DSM-5 tanı el kitabında Kumar oynama bozukluğunun erken dışavurumunun erkeklerde kadınlardan daha yaygın olduğu belirtilmiştir. Ergenler ve genç erişkinlerin olduğu birçok bireyin sorunlarını zaman içerisinde kumar oynama davranışı ile çözümlene eğiliminde olacaklarını, geleceklerindeki kumar oynama sorunlarının en güçlü öngörücüsü önceki kumar oynama davranışları nedeniyle oluşan sorunların olacağı belirtilmiştir. Kumar oynama bozukluğu gelişen birçok lise ve üniversite öğrencisi zaman içinde bozukluktan kurtulsa bile bazıları için yaşam boyu bir sorun olarak kalacağı belirtilmiştir (APA, 2013).

İstanbul'da 12 ile 18 yaşları arasındaki 6116 birey ile yapılan bir çalışmada 756 (% 12,4) ergen birey online bahis oynadıklarını belirtmiştir. Online bahis oynamanın ergen bireyler için sorun olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, sadece 176 ergen (% 2,9) sorunlu internet kullanıcısı olarak sınıflandırılmıştır. Araştırmaya katılan ergen bireylerin yaklaşık olarak %25'i 10-12 yaşları arasında online bahis oynamaya başladığını belirtmiştir. Tüm katılımcıların online bahis oynayan bir yakını(arkadaş, akraba, kardeş ve ebeveyn) olduğu belirtilmiştir (Aricak, 2019).

Kumar oynama bozukluğu gelişen bireyler sosyal hayatları olumsuz etkilenebilmektedir. Bireyler iş ya da okul saatlerinde kumar oynadıkları için işte ya da okulda çalışmaları gereken zamanda kumarla ve olumsuz sonuçlarıyla uğraştıkları için devamsızlık, kötü başarı sonuçları ortaya çıkabilmektedir. Genel görünümleri çökkün ve yalnızdır, genel sağlıkları kötüdür ve sağlık bakım hizmetlerini daha yüksek oranda kullandıkları belirtilmektedir. Kumar oynama bozukluğu için tedaviye başlayan bireylerin neredeyse yarısı özkıyım düşüncesi taşır ve yaklaşık %17'si özkıyım girişiminde bulunduğu belirtilmektedir (APA,2013).

Yapılan literatür incelemelerinde, kumar oynama davranışının genç bireyler arasında da yaygın şekilde görüldüğü ve riskli grup oldukları belirtilmiştir (González-Roz ve ark.,

2017). 2017 yılında yayınlanan meteanaliz ve derleme çalışmalarında; adölesanlarda kumar oynama davranışı prevalansının %0,2 ile %12,3 (Calado ve Griffiths, 2016) aralığında, üniversite öğrencilerinde %6,13 (Nowak, 2017), yetişkinler arasında kumar %0,12 ile %5,8 aralığında (Calado ve Griffiths, 2017) değişim gösterdiği belirtilmiştir. Gençler arasında kumar oynama davranışının görülme sıklığının, yetişkinlerden daha yüksek olduğuna dikkat çekildiği belirtilmiştir (Vayisoğlu ve ark., 2019).

2.4. Dürtüsellik Nedir?

Eysenck (1977) dürtüsellığı kabul gören tanım olan riskli davranışlar sergileme, plan yapamama ve zihin dağınıklığı ile ilişkilendirmiştir. Psikiyatri terminolojisinde; Patton ve arkadaşları (1995) dürtüsellığı olumsuzluklara ve uygunsuz sonuçlar olmasına rağmen, zamansız ve riskli davranışları sürdürmek olarak tanımlamıştır. Hazırlık yapmadan hareket etme (motor aktivasyon), yaptığı işe odaklanmadan (dikkat), plan yapmadan ve düşünmeden (plan eksikliği) şeklinde üç alt başlıkta incelemiştirler (Patton ve ark., 1995). Dürtüsellik; sadece agresyonu kapsamaz, aynı zamanda engellenme karşısında toleransın az olmasını ve plan yapma eksikliği özelliklerini de kapsamaktadır (Demirci ve ark., 2016).

Davranışçı kurama göre dürtüsellik; büyük ve gecikmiş ödüllerden ziyade, küçük ama hemen ulaşılabilecek ödülleri seçme olarak tanımlanmaktadır (Ainslie, 1975). Dürtüsellik, genellikle olumsuz sonuç ve durumlar oluşturan, zamanlaması uygun olmayan davranışları ifade eden, riskli davranışlar olarak da tanımlanmaktadır (Özdemir, 2012).

Dürtüsellik öğrenilmiş davranış olarak ele alınırsa; bir çocuğun hoşuna giden, sevdiği şeylere ulaşabilmek amacıyla ısrarla o isteğine yönelmiş ısrarcı davranışlarda bulunmayı öğrendiği bir davranış (aile ve eğitim veren kişiler sayesinde öğrenilen tutum) olması da dürtüsellığın sosyallik yönünü belirttiği savunulmuştur (L'Abate, 1993). Bu öğrenilen davranışların o anda vereceği haz duygusuna odaklanılarak doğuracağı sonuçların yok sayılmasıdır. Bu aşırı davranışlar (alışveriş, kumar, yeme, içme, alkol ve madde kullanımı gibi) kişinin anlık uyarıcılara odaklanmasının bir sonucu olarak görülebilmektedir. Aynı zamanda bu anlık, somut uyarıcıların kişinin bazı tehditkâr veya olumsuz düşüncelerden uzaklaşmasına sebep olduğu savunulmuştur (Baumeister ve Heartherton, 1996).

Moeller ve arkadaşları (2001) dürtüsellığın ayırıcı özelliklerini iki basamakta tanımlamıştır:

□ Dürtüselliğin bir eğilim (predisposition) olduğunu, bir hareketi gerçekleştirmekten daha çok davranışların örüntüsü olduğu savunulmaktadır.

□ Dürtüselliğin, bilinçsizce yapılan hareketlerin oluşturacağı durumları düşünmeden hızlıca planlamadan yapılan hareketlerin bütünü olduğu savunulmaktadır. Bu özelliğin dürtüselliği, planlı ve yineleyici ruhsal bozukluklardan (OKB vb.) ayırmaktadır.

Dürtüsellik, sinirsel ve ruhsal birçok hastalığın temelini oluşturduğu görülmektedir. Dürtüselliğin gelişim mekanizmasında başlıca nörotransmitterlerin (taşıyıcı) “serotonin, dopamin, noradrenalin, glutamat ve GABA” olduğu belirtilmektedir (Yazıcı, 2010).

Dürtüselliğin rol aldığı psikiyatrik bozukluklar arasında B kümesi kişilik-bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu(DEHB), şizofreni, bipolar, yeme bozukluğu ve madde-kullanım bozuklukları mevcuttur. aralıklı patlayıcı bozukluk, patolojik kumar oynama, kleptomani, piromani, ve trikotillomani tanıları için de etken olduğu kabul görmektedir (Rachlin, 2000; Hollander, 2005; Demirci, 2016).

Dürtü bozukluğu tanısına sahip bireylerin temel özellikleri şunlardır; (APA, 2000; APA, 2013; Grant ve ark., 2014; Dailey ve ark., 2014; Tamam, 2015)

1. Kendisine ya da başkasına zarar verebilecek davranışları yapmak için arzularını ve dürtülerini engelleyemezler. Davranış örüntülerinde planlı ya da plan yapmadan gerçekleştirebilirler.
2. Harekete geçmeden önce huzursuzluk ve sıkıntı duygusunu hissederler.
3. Davranış örüntülerinde, eylemlerini yaptıklarında tatmin olmuş ve huzurlu yaşamayı hedeflerler. Davranışları benlikleriyle benzerdir. Hareketlerinden dolayı suçlu ve pişman olabilir ya da olmayabilirler.
4. İnsanların haklarını ihlal ederek, agresif yaklaşımlar sergileyebilirler.
5. Kendilerini kontrol etmede (oto kontrolde), duygularını veya davranışlarını düzenlemede zorluk yaşarlar.

Fiziksel ve ruhsal alanlarda yapılan araştırmalar dürtüsellik çalışmalarında boyutsal yaklaşımda bulunulmasına önem verilmesini belirtmektedir, çünkü genellikle ruhsal hastalıkların temelinde dürtüsellik görülmektedir. Çoğu çalışmalar dürtüselliğin sadece öfke

boyutuna odaklanmaktadır ve öfke boyutunun daha göz önünde olması, tedavisinin daha belirgin olması nedeniyle diğer boyutları göz ardı edilebilmektedir (Barrat ve ark., 1995; Özdemir ve ark., 2012).

Erel'in 2013 yılında, Türkiye'deki üniversite öğrencileriyle, kumarı da içine alan dürtüsel davranışları araştırdığı 1102 (% 67,2'si kadın ve % 32,8'i erkek) katılımcıyla yürüttüğü çalışmasında; gençlerin dürtüsellikleri ve risk içeren davranışların bireysel ve toplumsal açıdan sorunlara neden olduğu ve bu grupların risk taşıyan gruplar olduğunu belirtmiştir. Ayrıca gençlerin dürtüsellik ve riskli davranışlara eğilimleri nedeniyle koruyucu-önleyici programların yürütülmesini önermiştir.

2.5. Psikolojik Sağlık Nedir?

“Resilience”; Latin dilindeki “resiliens” kavramından türemiş ve bir şeyin esneklik durumunu ve ilk yapısına zorlanmadan dönebilmesi olarak belirtilmiştir (Gizir, 2007). “Resilience” kavramı Türkçe 'ye, “yılmazlık, kendini toparlama gücü, psikolojik sağlık ve dayanıklılık”(Basım ve Çetin, 2011) olarak çevrilmiştir. Basım ve Çetin 2011 yılında yaptıkları çalışmalarında ortaya çıkan kavram karmaşasını azaltmak için bir ön anket çalışması planlamış; psikiyatri ve psikoloji alanında çalışan öğretim üyelerine kavramın Türkçe karşılığı olduğu belirtilen adlandırmaların, kavramı ne derece ifade ettiğini sormuşlardır. İngilizce “resilience” kavramıyla tanımlanan bu kavramın Türkçe'deki karşılığının “rezilyans” ve “psikolojik dayanıklılık – psikolojik sağlık” kavramlarıyla tanımlanabildiği belirtilmiştir (Basım ve ark. 2011).

Garnezy 1991 yılında psikolojik sağlamlığı, bir bireyin stres yaşadığında olumsuzluklar yaşamadan önceki sağlamlığına kavuşma direnciyle tanımlamıştır. Jacelon 1997 yılında stres sürecinin olumsuz sonuçlarını azaltıp ve sürece uyumu sağlayan güç olduğunu belirtmiştir. Hunter'ın 2001 yılında başarılı olma ve uyumu gerçekleştirme evresi olarak tanımladığı psikolojik sağlamlığı, Newman ise psikolojik sağlamlığı bireylerin “travma, felaket, süregelen belirgin yaşam stresi, güçlükler ve zorluklarıyla” karşılaştıklarında uyum sağlama yeteneği olarak tanımlamıştır (Newman, 2005). Luthar ve arkadaşları psikolojik sağlamlığı önemli güçlükler karşısında pozitif uyumu ele alan dinamik bir süreç olarak tanımlamışlardır, psikolojik dayanıklılığın dinamik bir süreci mi, yoksa bir kişilik

özelliğini mi tanımladığı ile ilişkili kavramsallaştırma farklılıkları bulunduğunu belirtmişlerdir (Luthar ve ark., 2000). Masten psikolojik sağlamlığı bireylerin yaşamlarında riskli şartlar olmasına rağmen sonuçlardan olumsuz etkilenmeyerek toparlanabilmeleri, yaşamlarındaki rutinlerini sağlam bir şekilde sürdürebilecek hale dönebilmeleri olduğunu belirtmiştir (Masten 2011). Rutten, psikolojik sağlamlığı bireyin, çevresel risk deneyimlerine karşı azalmış duyarlılık, stres veya zorluğun üstesinden gelebilme veya riskli yaşantılar karşısında kendisi için iyi sonuçlar alabilme olarak tanımlamıştır (Rutten ve ark. 2013).

Weiland ve arkadaşları 2012 yılında yaptıkları çalışmalarında kişilik özelliği olarak kabul ettikleri psikolojik sağlamlığı; bireyin içinde bulunduğu duruma uygun dürtü kontrolünü esnek bir şekilde kullanma yeteneği olarak tanımlayıp, düşük psikolojik sağlamlığı ortaya çıkarabilecek ruhsal bozukluklarla ilişkilendirmişlerdir. Altta yatan psikolojik ve sinirsel mekanizmaların bilinmediğini eklemiştir. Yüksek psikolojik sağlamlığın da, daha düşük bağımlılık oranı ve daha iyi çalışma belleği ile ilgili olduğunu belirtmişlerdir. (Weiland ve ark., 2012).

Psikolojik sağlamlıkla ilgili pek çok tanım ortaya atılmış ve bu tanımlar arasındaki farklılıklar psikolojik sağlamlığın bir kişilik özelliği veya bir süreç olarak ele alınması, zorluklarla baş etmede insanlara yardımcı olan sistemlerin rolünün göz önünde tutulup tutulmaması karşılaştırılmıştır (Herman ve Stewart 2011).

Psikolojik sağlamlık ile ilişkili davranışların olağan durumlar olduğu ve hemen hemen herkesin öğrenilebildiği savunulmaktadır (Newman 2005). Masten ve Reed, olağanüstü psikolojik sağlamlık gösteren kişilerin olağan bir gelişim gösterdiklerini belirterek, psikolojik sağlamlığın nadir ve olağanüstü özelliklerden kaynaklanmadığını; insan beyni, vücudu, toplumla ilişkileri, okullar, din ve diğer kültürel geleneklerden kaynaklandığını belirtmektedirler (Masten ve Reed 2002).

Psikolojik sağlamlık, ağır bir olumsuz koşullarda, bu koşullardan olumsuz olarak etkilenmeden bu sürece uyum sağlayabilen bireylerin yaşamış olduğu hareketli süreçlerdir. Psikolojik sağlamlık kavramı üç temel noktada birleşmektedir (Masten ve Reed 2002).

- a) “Risk/zorluk” (Masten ve Reed 2002),
- b) “Olumlu uyum gösterme/baş etme/yeterlik” (Masten ve Reed 2002) ve
- c) “Koruyucu(protective)” (Masten ve Reed 2002).

Çataloğlu'nun (2011) “madde kullanan ve kullanmayan ergenlerin psikolojik sağlık ve aile” işlevlerini karşılaştırdığı çalışmasını, 9. Sınıfa giden 750 öğrenci ile gerçekleştirmiştir. Çalışmasında psikolojik sağlık düzeyinin alt testlerinde kız ve erkeklerle göre değişiklik gösterdiğini, gelir düzeyinin artması ile bazı psikolojik sağlık boyutlarının doğru orantılı olduğunu belirterek öğrencilerin, psikolojik sağlık düzeylerinin öğrenim gördükleri lise türlerine göre değişiklik gösterdiğini belirtmiştir. Madde (alkol/sigara/uyuşturucu) kullanımına ilişkin yapılan analizlerde ise madde kullanmayanların kullananlara oranla psikolojik sağlık ölçeğinin alt boyutlarında psikolojik sağlıklarının daha olumlu olduğunu belirtmiştir.

APA'nın (2013), belirttiği psikolojik sağlığı geliştirmek ve korumak için önerileri aşağıda belirtilmiştir;

- Bireyler; aileleriyle, sosyal hayatlarındaki bireylerle ilişkilerini iyi yürütebilmelidir. Sosyal hayatlarında aktif olarak, ihtiyaç duyduğunda çevresinden yardım kabul ederek ve olumsuz durum içinde olan bireylere yardım etmelidir.
- Baş etmekte zorlanacağını düşündüğü ve istemediği sorunlarını göz ardı etmemelidir. Sorunlarının çözümlerinin olabirliği konusunda realist tutumlar sergileyerek oluşabilecek sorunlarını önceden değerlendirebilmelidir.
- Aniden gerçekleşen ya da bireyin beklemediği durumların, hayatının olağan bir evresi olduğunu kabul ederek, bu durumları hedef alan hızlıca uygulayabileceği ve olabirliği olağan hedefler değerlendirilmelidir.
- Planlanan hedeflere ulaşılması amacıyla planlar hayata geçirilmeli, olumsuzluklarla karşılaşıldığında “İstediğim şeyi elde edebilmek için bana ne yardım edebilir?”, Başarılı olabilmek için ne yapabilirim?” sorularını sorabilmelidir.
- Bütün olumsuz, sıkıntı veren sorunlarını bu durumları ortadan kaldırmak ve çözmek her zaman olamayabilir. Olumsuzlukların ortadan kalkmasını beklemek yerine çözebileceğiniz kadarını yapmalısınız.

2.6. Bağımlılığın Önlenmesi Ve Tedavisinde Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Bağımlılığın tedavisinde, önleme ve koruma sürecinde hemşire sağlık ekibinin önemli bir üyesidir (Albayrak ve ark., 2014). Bağımlılık gelişiminin önlenmesi okul ve sağlık merkezi gibi alanlarda görev yapan hemşirelerin, önleyici-koruyucu çalışmalara öncelik vermesi önerilmektedir. Bu alanlarda görev yapan hemşireler; önleyici-koruyucu çalışmalarda bağımlılık açısından riskli bireyleri tespit ve ailesi ile birlikte takip ederek, danışmanlık hizmeti verebilirler (Kaya ve ark., 2013).

Hemşirelik yönetmeliğinde hemşirelik hizmet kapsamında rolleri; “bireyin, ailenin, grupların ve toplumun sağlığını geliştirilmek, korunmak, hastalık durumunun iyileştirilmesi ve yaşam kalitesini artırmak için güvenli ve sağlıklı bir ortam oluşturarak, işbirliği yapıp ve iletişimi sağlayarak, eğitim verip, danışmanlık yapmaktır (www.resmigazete.gov.tr). Madde 7’de uzman hemşirelerin, hemşireliğin ana sorumluluklarıyla beraber uzmanlık aldığı alanda klinik bilgisini, becerisini kullanarak, sağlık araştırmalarını yürütmek, danışmanlık hizmeti sunarak, sağlık eğitim hizmetlerinin programlanmasına, uygulanmasına ve değerlendirilmesine katkı sağlamak amacıyla sorumluluk alıp, uygulayıp ve değerlendireceği belirtilmiştir. Psikiyatri ve Alkol ve Madde Bağımlılığı Merkezi (AMATEM) Hemşiresinin görev, sorumluluk ve yetki alanları; hemşirelik bakımını uygulama, tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılımı sağlama ve eğitim-danışmanlık hizmetlerini vermektir.

Bağımlılık tedavisinde hemşireler arındırma, terapi ve rehabilitasyon basamaklarında rol almaktadır (Coşkun, 2010).

- Detoksifikasyon (arındırma): Bu dönem tedavinin başlangıcını oluşturmaktadır. Bu dönemin amacı kullanılan maddenin ya da patolojik davranışların bırakılmasından sonra yaşanan yoksunluk semptomlarını ortadan kaldırmak ya da azaltmaktır. Hastaların yoksunluk semptomlarının takip edilmesi, gözlemlenerek (engellenme karşısında verdikleri tepkiler vb.) uygun tedavinin ve bakımın gerçekleştirilmesinde hemşirelik hizmetleri görev almaktadır.
- Bağımlılığın terapisi: bireyin kendisini tanıyarak, bağımlılığının nedenleri nelerdir sorularını cevaplayarak anlamasına, bağımlılığının sonuçlarını anlaması (bilinçlenme) ve relaps (tekrar kullanma, oynama) başa çıkma yeteneklerini edinmesine amaçlar. Yatarak tedavi olan bireylerle farkındalığı artırmak amacıyla farkındalık grupları yapılarak, taburcu olduktan sonra bireylerin dışarıdan gruplarına devam etmelerini amaçlanmaktadır. Hastalar ve aile üyeleri için oluşturulan takip sürecinde, terapi seanslarına katılımlarının düzenlenmesinde hemşireler görev almaktadır. Hemşireler

Grup terapileri oturumlarında terapistlerin yardımcılığını yapabilir ve ya eğitimlere başvurarak terapi gruplarını yönetebilir.

- Rehabilitasyon: Bağımlılık sonucu oluşan davranışların, yeniden kazanılacak davranışlarla değişmesi, bireylerin ilişkilerini yeniden düzenleyerek sosyal uyumu sağlamak amaçlanmaktadır. İlk olarak tedavi hastaneye yatış ile başlamaktadır. Bu kapsamda; kliniğin kurallarına, puan sistemine, aktivitelere, beceri ve iş uğraş gibi etkinlikler bağımlılığın tedavi sürecinin sürdürülmesi amacıyla önemlidir. Bu etkinliklerin yürütülmesinde, sürdürülmesinde ve takip edilmesinde hemşirelik hizmetleri önemli bir yere sahiptir.

Hemşireliğin modern rolleri etkin bir biçimde psikolojik dayanıklılığın geliştirilmesinde ve bağımlılığın tedavi sürecinde uygulanabilmektedir. Hemşireliğin literatürdeki modern rolleri; 'eğitici, bakım verme, yönetici, araştırmacı, savunucu ve karar verme rolü' olarak altı başlıktır. Özerk, 'sorumluluk sahibi ve kariyer geliştirici rolü' ile birlikte sekiz maddelik bir yapı oluşturmaktadır. Hemşireliğin zaman içerisinde gelişmesiyle beraber hemşirelerin yetkileri, görevleri ve sorumlulukları artmıştır ve bu durum bağımsız rollerin önem kazanmasında doğrudan ilişkili olmaktadır. 'Tedavi etme, iletişimi sağlama, rahatlatma, konfor sağlama, yönetme, rehabilitasyon ve danışmanlık rolü'dür (Taylan, 2009).

Bir psikiyatri hemşiresinin başlıca görevleri; sağaltım ve rehabilitasyon sürecinde tedavi ekibinin dinamik bir parçası olarak; bireyin, ailenin yanında olarak, bağımlılık gelişimini engellemek için birey, aile, toplum ve tedavi ekibine bağımlılık hakkında bilinci artırmak amacıyla eğitim vermek, araştırmalar yapmak, mesleğin gelişmesinde aktif rol alarak ile bilgilerini, meslektaşlarıyla paylaşması şeklinde sıralanmaktadır (Albayrak ve ark., 2014).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma üniversitede öğrenim gören bireylerin kumar oynama davranışlarını, dürtüsellik düzeylerinin ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin ölçülerek, bu üç kavram arasındaki ilişkiyi incelenmesi amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

3.2.1. Araştırmanın Yeri:

Araştırma; bir vakıf üniversitesinde yapılmıştır. Bu vakıf üniversitesinin; 5 fakülte, 5 enstitü, 16 programdan oluşan sağlık hizmetleri meslek yüksekokulunda öğrenim gören öğrencilere yönelik yapılmıştır.

3.2.2. Araştırmanın Zamanı:

Araştırmanın verileri 06 - 10 Ocak 2020 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Araştırma evrenini bir vakıf üniversitenin sağlık bilimleri fakültesinde öğrenim gören öğrenciler oluşurmaktadır. Toplam 3393 sayıda öğrenci vardır. Örnekleme, Tabakalı örnekleme yöntemiyle seçilerek %1 hata payı ile 345 öğrenciye ulaşılması hedeflenmiştir.

NO	BÖLÜM/SINIF	Hazırlık	1. Sınıf	2. Sınıf	3. Sınıf	4. Sınıf	TOPLAM	1. sınıf	2. sınıf	3. sınıf	4. sınıf
1	Çocuk Gelişimi	2	80	70	113	133	398	8	7	12	14
2	Dil ve Konuşma Terapisi	2	80	81	77	65	305	8	8	8	7
3	Ergoterapi	2	51	65	80	77	275	5	7	8	8
4	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	5	81	103	99	71	359	8	11	10	7
5	Hemşirelik	4	92	95	97	131	419	9	10	10	13
6	İş Sağlığı ve Güvenliği		10	26	39	34	109	1	3	4	3
7	Odyoloji	3	54	45	77	83	262	6	5	8	9
8	Sağlık Yönetimi	3	45	75	77	89	289	5	8	8	9
9	Sosyal Hizmet	2	81	78	102	135	398	8	8	10	14
10	Ebelik		70	74	47		191	7	8	5	0
11	Beslenme ve Diyetetik	7	67	74	80		228	7	8	8	0
12	Ortez-Protez	3	9	19			31	1	2	0	0
13	Perfizyon	1	73	55			129	7	6	0	0
TOPLAM		34	793	860	888	818	3.393	81	88	91	84
Hazırlık Hariç TOPLAM							3.359	Örneklem		345	

6-10 Ocak 2020 tarihleri arasında, 08:00-20:00 saatleri içerisinde okula gelen araştırma örnekleminde dahil edilme kriterlerine uyan 352 öğrenciye ulaşılmıştır. 7 öğrenci anketleri eksik doldurduğu için ve örneklem sayısına ulaşılması nedeniyle araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.3. Araştırmaya Dâhil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

- Sağlık Bilimleri Fakültesinde eğitim görmesi dahil edilme kriterleridir.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Öğrencilerin oynadıkları birçok oyun türünü kumar olarak görmemeleri, kumar oynama kavramına karşı ön yargılı olmaları ve kumar oynama kavramını duyduklarında araştırmaya katılmaktan vazgeçme durumları araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

3.5. Araştırmada Kullanılan Gereçler

Verilerin toplanmasında aşağıdaki ölçek ve anketler kullanılmıştır.

1. Tanımlayıcı Bilgi Formu
2. Skott - South Oaks Kumar Tarama Testi
3. Barratt Dürtüsellik Ölçeği
4. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

3.5.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu

Konu ile ilgili literatür taranarak (Barrett ve ark. 2003; Nowak ve Aloe, 2014; Pınarcı, 2014; Fırat, 2015; George ve ark., 2016; Calado ve Griffiths 2017; González-Roz ve ark., 2017; Vayısoğlu ve ark., 2019) sosyodemografik özellikler, aile özellikleri, alışkanlıklar ve ailelerinde, çevrelerinde kumar oynama durumlarını belirlemeye yönelik ve öğrencileri tanımlamak amacıyla 19 maddeden oluşan formdur.

3.5.2. South-Oaks Kumar Tarama Testi(SOKTT)

South-Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT): 1987’de Lesieur ve Blume’un kumar oynama düzeyini ölçmek amacıyla geliştirdiği ölçek, 20 puan üzerinden değerlendirilmekte olup 5 puan üstü alan bireyler “patolojik olarak kumar oynayanlar” olarak

nitelendirilmektedir. Duvarci, Varan, Coşkunol ve Ersoy'un (1997) Türkçeye uyarladığı SOKTT'un geçerlik güvenirlik sağlaması ise, Duvarci ve Varan'ın (2001) gerçekleştirdiği iki ayrı çalışma ile yapılmıştır. Bireylerin kumar oynama davranışlarını gizleyip gizlemediklerini, kumarla ilgili yaşadıkları sorunları, planlandıkları kadar mı oynuyorlar yoksa planlarından çok para yatırıp yatırmadıklarını, aileleriyle kumar oynama davranışı nedeniyle sorun yaşayıp yaşamadıklarını, oluşan borçları ödemek ve ya oynamak amacıyla parayı kimden-nereden tedarik ettikleri gibi ifadeleri içeren 16 sorudan oluşmaktadır. 8 puan ve üstü 'patolojik kumar oynama' sınıflandırmasına girebileceği belirtilmiştir. Türkçe formun iç tutarlığı 0.88 ve test-tekrar test puan korelasyonu 0.95 değerine sahiptir (Duvarci ve Varan, 2001).

3.5.3. Barratt Dürtüsellik Ölçeği

Dürtüsellik düzeyinin ölçümü için oluşturulan ölçek, bireyin kendisini değerlendirmesi amacıyla 30 ifadeden oluşmaktadır. "Dikkat, motor ve planlanmamış dürtüsellik" olarak 3 alt başlıktan oluşmaktadır. Bireyin 'nadiren/ hiçbir zaman', 'bazen', 'sıklıkla' ve 'hemen her zaman/her zaman' ifadelerinden kendisine en uyumlu olan seçeneği seçmesi beklenmektedir. Yüksek puanlar, dürtüsellik düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (Barratt ve ark., 1995). Güleç ve arkadaşları 2009'da Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışmasını yapmıştır. Türkçe formunun iç tutarlığı 0,82 düzeyinde gösterdiği görülmüştür (Güleç ve ark., 2009).

3.5.4. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Friborg ve arkadaşları (2003) 5 alt boyutla geliştirmiştir. Bu 5 alt boyut 'kişisel güç', 'yapısal stil', sosyal yeterlilik', 'aile uyumu' ve 'sosyal kaynaklar'dır. Friborg ve arkadaşları (2005) çalışmalarında da 'kişisel güç' boyutunu 'kendilik algısı' ve 'gelecek algısı' olarak iki alt başlığa ayırarak ölçeği 6 alt başlıkta toplamışlardır. Ölçekte, 'yapısal stil' (3,9,15,21) ve 'gelecek algısı' (2,8,14,20) 4 madde; 'aile uyumu' (5,11,17,23,26,32), 'kendilik algısı' (1,7,13,19,28,31) ve 'sosyal yeterlilik' (4,10,16,22,25,29) 6 madde ve 'sosyal kaynaklar' (6,12,18,24,27,30,33) ise 7 madde ile ölçülmektedir. Türkçe geçerlilik - güvenirlik çalışması 2011 yılında Basım ve Çetin tarafından yapılmıştır. 5 ve 6 faktörlü alt boyutların ikisi de

değerlendirilmiştir. Analizlerin sonuçlarında 5 alt başlıklı ölçeğin Türkçe'ye uyumunun kabul edilen düzeyin daha altında olduğu bulunmuştur. 6 alt başlıklı yapısının ise sonuçlarında kabul edilen düzeyde olduğu bulunmuştur ve 6'lı yapı kabul edilmiştir. Ölçek boyutlarının iç tutarlılığı 0,66 ile 0,81 ve test-tekrar test güvenilirliğinde 0,68 ile 0,81 arasında değiştiği belirtilmiştir. Bu ölçeğin puanlama sistemi çalışmacıya bırakılmıştır. Altı alt başlıklı ölçek için %57'lik varyans bildirilmiştir (Basım ve ark., 2011).

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri 6-10 Ocak 2020 tarihleri arasında, ders verecek öğretim görevlileriyle görüşülerek öğrencilerin dersleri başlamadan önce ve bitiminde sınıflarda buldukları zamanlarda öncelikle çalışmayla ilgili bilgi verilerek gönüllülük esasıyla toplanmıştır. Örneklem alma kriterlerini karşılayan öğrencilere araştırmanın amacı açıklanarak ve detaylı bilgi edinmek için gönüllü olur formunu okumaları belirtilmiştir. Gönüllü olur formu okunduktan sonra gönüllü olduğu bildirmiş öğrenciler ile yüz yüze görüşme yöntemi ile dağıtılan formlar uygulanmıştır. Formların uygulanması yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucu elde edilen tüm veriler amaçlar doğrultusunda bilgisayar ortamında SPSS 20.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel analiz amacıyla NCSS (Number Cruncher Statistical System) programı kullanıldı (Kaysville, Utah, USA, 2007). Çalışmanın verilerini değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları 'Shapiro-Wilk testi' ve grafiksel incelemeler ile denenmiştir. Normal dağılım gösteren nicel değişkenler iki grup arası karşılaştırmaları için Bağımsız gruplar t testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren nicel değişkenler için ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarda 'Tek yönlü varyans analizi' ve

'Bonferroni düzeltmeli ikili değerlendirmeler' kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırılmasında 'Fisher's exact test' ve 'Fisher-Freeman-Halton exact test' kullanıldı.

Nicel değişkenlerin arasındaki ilişkileri değerlendirilmek amacıyla 'Pearson korelasyon analizi' kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

R	Yorum
0.00 — 0.19	Very weak – Çok zayıf
0.20 — 0.39	Weak – Zayıf
0.40 — 0.59	Moderate – Orta
0.60 — 0.79	Strong – Güçlü
0.80 — 1.00	Very strong – Çok güçlü

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için; Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 26.08.2019 tarihinde yapılan 08 No.lu toplantısından 61351342- / 2019-386 sayılı yazılı izin, ayrıca çalışmanın yapıldığı Üsküdar Üniversitesi'nin 06.12.2019 tarihinde 49635740-302.99/11714 sayılı araştırma izni alınmıştır. Çalışmaya katılan tüm bireylerden yazılı onam alınmıştır. (EK I)

4. BULGULAR

Tablo 1: Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=345)

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	242	70,1
Erkek	103	29,9
Yaş		
<21	193	55,9
21-22-23	133	38,6
>23	19	5,5
Ort±ss 20,67±2,03		
Medeni durum		
Evli	4	1,2
Bekar	292	84,6
İlişkim var	49	14,2
Çalışma durumu		
Tam zamanlı	10	2,9
Yarı zamanlı	36	10,4
Çalışmıyor	146	42,3
Burs kredi	153	44,3
Gelir düzeyi		
1000 TL altı	242	70,1
1000-2000 TL arası	59	17,1
2000-3000 TL arası	20	5,8
3000 TL üzeri	24	7,0
Yaşadığı yer		
Köy/Kasaba	18	5,2
İlçe	66	19,1
İl	75	21,7
Büyükşehir	186	53,9
İkameti		
Ev	280	81,2
Yurt	65	18,8
Kiminle yaşıyor		
Aile	217	62,9
Akraba	12	3,5
Arkadaş	84	24,3
Yalnız	32	9,3

Tablo 1’de, öğrencilerin yaşları 18 ile 44 yıl arasında değişmekte olup ortalama 20,67±2,03 yıldır. Öğrencilerin %55,9’u 21 yaşından küçük, %38,6’sı 21-23 yaş arası, %5,5’i 23 yaşından büyüktür.

Tablo 1’de, öğrencilerin %70,1’inin kadın, %84,6’sının bekar, %42,3’ünün çalışmadığı, %44,3’ünün burs ya da kredi aldığı, %70,1’inin gelirinin 1000 TL altında, %81,2’sinin evde yaşadığı, %53,9’u yaşamlarının büyük bölümünü büyükşehirde geçirdiği, %62,9’u ailesi ile yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 2: Öğrencilerin Ailelerinin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=345)

	n	%
Aile gelir düzeyi		
Asgari düzeyin altı	31	9,0
Asgari-5000 TL arası	181	52,5
5000 TL üzeri	133	38,6
Anne eğitim		
Okur-yazar değil	16	4,6
Okur-yazar	10	2,9
İlkokul	93	27,0
Ortaokul	72	20,9
Lise	70	20,3
Yüksekokul	30	8,7
Üniversite	48	13,9
Yüksek lisans	6	1,7
Baba eğitim		
Okur-yazar değil	5	1,4
Okur-yazar	7	2,0
İlkokul	72	20,9
Ortaokul	65	18,8
Lise	73	21,2
Yüksekokul	31	9,0
Üniversite	76	22,0
Yüksek lisans	12	3,5
Doktora	4	1,2

Tablo 2’de öğrencilerin aile gelir düzeylerinin %52,5’inin asgari ücret ile 5000 TL arası olduğu, öğrencilerin %27’sinin annesi ilkokul mezunu, %20,9’unun ortaokul mezunu,

%20,3'ünün ise lise mezunu olduğu ve katılımcıların %20,9'unun babası ilkokul mezunu, %21,2'sinin lise mezunu, , %22'sinin üniversite mezunu olduğu saptanmıştır.

Tablo 3: Öğrencilerin İnternet Kullanımıyla ve Sağlıkla İlgili Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=345)

	Min-Mak	Ort±ss
İnternet kullanım süresi (telefon)	0-16 yıl	7,95±2,57 yıl
İnternet kullanım süresi (bilgisayar)	0-16 yıl	8,89±3,50 yıl
	N	%
Sağlık sorunu		
Yok	319	92,5
Fiziksel	15	4,3
Psikiyatrik	11	3,2
Sigara		
Yok	253	73,3
Var	92	26,7
Alkol		
Yok	234	67,8
Var	88	25,5
Bir kez denedim	23	6,7
Madde		
Yok	317	91,9
Var	9	2,6
Bir kez denedim	19	5,5
Oyun		
Hayır	120	34,8
Nadiren	76	22,0
Sıklıkla	149	43,2

Tablo 3'de öğrencilerin %92,5'inin sağlık sorunu bulunmamaktadır. Katılımcıların %26,7'si sigara kullandığını, %25,5'i alkol kullandığını, %2,6'sı madde kullandığını, %5,5'i

ise madde kullanımını bir kez denediğini ifade etmiştir. Öğrencilerin telefon üzerinden internet kullanım süreleri 0 ile 16 yıl arasında değişmekte olup ortalama $7,95 \pm 2,57$ yıldır. Öğrencilerin bilgisayar üzerinden internet kullanım süreleri 0 ile 16 yıl arasında değişmekte olup ortalama $8,89 \pm 3,50$ yıldır. Öğrencilerin %34,8'i telefon, tablet veya bilgisayar üzerinden oyun oynamadığını, %22'si nadiren, %43,2'si ise sıklıkla oynadığını ifade etmiştir.

Tablo 4: Öğrencilerin South Oaks Kumar Tarama Testine (SOKTT) Göre Oynadıkları Oyun Türlerinin Dağılımı (n=345)

	Hiç		Haftada 1 kereden az		Haftada 1 kereden fazla	
	n	%	n	%	n	%
At yarışı	333	96,5	12	3,5	0	0
Kağıt oyunu	308	89,3	31	9	6	1,7
Okey	289	83,8	42	12,2	14	4,1
Zar	332	96,2	9	2,6	4	1,2
Horoz	339	98,3	3	0,9	3	0,9
Spor toto/loto	285	82,6	43	12,5	17	4,9
Sayısal loto	297	86,1	38	11	10	2,9
Kazı kazan	283	82	55	15,9	7	2
Milli piyango	277	80,3	65	18,8	3	0,9
Borsa	334	96,8	6	1,7	5	1,4
Casino	316	91,6	20	5,8	9	2,6
Beceri	307	89	27	7,8	11	3,2
Online bahis	281	81,4	64	18,6	0	0
	Hayır			Evet		
En az biri	209	60,6	136	39,4		

Tablo 4'te öğrencilerin “Bugüne kadar oynadığımız kumar çeşitlerini belirtiniz” ifadesine verdikleri yanıtların dağılımı sunulmuştur. Buna göre öğrencilerin %39,4'ünün

kumar çeşitlerinden en az birini oynamış olduğu saptanmıştır. En çok tercih edilen kumar türleri % 18,8 ile milli piyango ve %18,6 ile online bahis türleridir.

Tablo 5: Öğrencilerin South Oaks Tarama Testine (SOKTT) Göre Çevrelerinde Kumar Oynayan Kişiler ve Kumar Oynama Özelliklerinin Dağılımı (n=345)

	Min-Mak	Ort±ss
Kumara yatırılan en fazla para (TL)	0-3000	68,59±251,19
	N	%
Hayatınızda kumar sorunu olan insanlar		
Yok	183	53,0
Baba	13	3,8
Anne	1	0,3
Kardeş	6	1,7
Büyükanne-baba	5	1,4
Partner	4	1,2
Akraba	41	11,9
Arkadaş	92	26,7
Kaybedince yeniden oynama		
Hiç	281	81,4
Bazen	47	13,6
Çoğu zaman	12	3,5
Her	5	1,4
Kaybederken para kazandığını iddia etme		
Asla	308	89,3
Evet-yarisından az	28	8,1
Evet-çoğu zaman	9	2,6
Sorunu olduğunu düşünme		
Hayır	323	93,6
Geçmişte	14	4,1
Evet	8	2,3

Tablo 5'te öğrencilerin bugüne kadar bir günde kumara en fazla yatırdıkları para 0 ile 3000 TL arasında değişmekte olup ortalama 68,59±251,19 TL'dir.

Tablo 5'te öğrencilerin %53'ünün hayatındaki insanların hiçbirinin kumar sorunu geçmişte olmamış veya şu anda yok iken, %11,9'unun akrabasının, %26,7'sinin ise arkadaşının kumar sorunu olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin %13,6'sı bazen kayıplarını tekrar kazanabilmek amacıyla tekrar kumar oynama davranışı göstermektedir. Öğrencilerin %8,1'i kaybettiği zamanların yarısından azında gerçekten kazanmıyorken, hatta kaybettiğinde, para kazandığını iddia etmiştir. Öğrencilerin %4,1'i geçmişte bahis ve kumarla ilgili sorunu olduğunu fakat şu anda olmadığını, %2,3'ü ise şu anda sorunu olduğunu düşünmektedir.



Tablo 6: Öğrencilerin SOKTT'un 7- 15. Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı (n=345)

	Hayır	Evet
	n	n
	%	%
Hiç niyet ettiğinizden daha fazla kumar oynadığınız oldu mu?	313	32
	90,7	9,3
Hiç insanların, sizin kabul edip etmediğinize bakmaksızın, bahis oynamanızı eleştirdikleri veya size kumar sorununuz olduğunu söyledikleri oldu mu?	334	11
	96,8	3,2
Kumar oynamanızdan veya kumar oynadığınız zaman olanlardan dolayı hiç suçluluk duyduğunuz oldu mu?	308	37
	89,3	10,7
Bahse girmeyi veya kumar oynamayı bırakmak istediğiniz ama bunu yapamayacağınızı düşündüğünüz oldu mu?	341	4
	98,8	1,2
Bahis kağıtlarını, piyango biletlerini, kumar paralarını, kumar borçlarını veya diğer bahis veya kumar delillerini eşinizden çocuklarınızdan veya hayatınızdaki diğer önemli insanlardan hiç sakladığınız oldu mu?	313	32
	90,7	9,3
Birlikte yaşadığınız insanlarla parayı nasıl harcadığınız konusunda hiç tartıştığınız oldu mu?	295	50
	85,5	14,5
(Eğer yukarıdaki soruyu Evet diye cevaplandırdıysanız) Para konusundaki tartışmaların hiç sizin kumar oynamanız üzerinde yoğunlaştığı oldu mu?	341	4
	98,8	1,2
Hiç birinden borç alıp kumar yüzünden borcunuzu ödeyemediğiniz oldu mu?	334	11
	96,8	3,2
Bahis oynama veya kumar yüzünden hiç işinize veya okulunuza geç gittiğiniz ya da gitmediğiniz oldu mu?	332	13
	96,2	3,8

Tablo 6'da "Hiç niyet ettiğinizden daha fazla kumar oynadığınız oldu mu?" sorusuna öğrencilerin %90,7'sinin hayır yanıtını verdiği saptanmıştır. "Hiç insanların, sizin kabul edip etmediğinize bakmaksızın, bahis oynamanızı eleştirdikleri veya size kumar sorununuz olduğunu söyledikleri oldu mu?" sorusuna öğrencilerin %96,8'inin hayır yanıtını verdiği

saptanmıştır. “Kumar oynamanızdan veya kumar oynadığınız zaman olanlardan dolayı hiç suçluluk duyduğunuz oldu mu?” sorusuna öğrencilerin %89,3’ünün hayır, %10,7’sinin evet yanıtını verdiği saptanmıştır. Öğrencilerin çoğu Tablo 6’daki sorulara hayır cevabını vermiştir.

Tablo 7: Öğrencilerin Kumar İçin Borç Aldıkları Yerler/Kişilerin Dağılımı(SOKTT 16. Soru) (n=345)

Eğer kumar oynamak veya kumar borçlarını ödemek için borç aldıysanız, kimden veya nereden borç aldınız?	Hayır		Evet	
	n	%	n	%
Evin parasından	326	94,5	19	5,5
Akrabalarınızdan	329	95,4	16	4,6
Bankalardan, borç veya kredi kuruluşlarından	322	93,3	23	6,7
Kredi kartlarından	303	87,8	42	12,2
Tefecilerden	343	99,4	2	0,6
Şahsi veya ailevi eşya veya malları satma	343	99,4	2	0,6
Arkadaş veya tanıdıklardan	296	85,8	49	14,2
Altın, mücevher gibi birikimleri paraya çevirme	344	99,7	1	0,3
Bahisçiye borçlanma	341	98,8	4	1,2
Kumarhaneye (kahvehane ya da kulüp sahibine) borçlanma	344	99,7	1	0,3

Tablo 7’de öğrencilerin kumar oynama davranışı için ya da sonucunda oluşan borçları kapatmak amacıyla borç aldıkları kişi ya da yerler incelendiğinde; %12,2’sinin kredi kartlarından, %14,2’sinin arkadaş veya tanıdıklardan borç alarak kapattığı saptanmıştır.

Tablo 8: Öğrencilerin BDÖ'ye İlişkin Bilgileri* (n=345)

BDÖ	Madde sayısı	Min-Mak	Ort±ss
Dikkat dürtüselligi	8	8-28	16,19±3,54
Motor dürtüsellik	11	12-41	19,28±4,35
Plan yapmama	11	14-41	25,02±4,50
Toplam	30	40-107	60,49±10,41

*Öğrencilerin Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar

Tablo 8'de görüldüğü gibi **dikkat dürtüselligi** alt boyutu puanları 8 ile 28 arasında değişmektedir ve ortalama olarak 16,19±3,54 olduğu saptanmıştır. **Motor dürtüsellik** alt boyutu puanları 12 ile 41 arasında değişmektedir ve ortalama olarak 19,28±4,35 olduğu saptanmıştır. **Plan yapmama** alt boyutu puanları 14 ile 41 arasında değişmektedir ve ortalama olarak ortalama 25,02±4,50 olduğu saptanmıştır. BDÖ **toplam** puanları 40 ile 107 arasında değişmektedir ve ortalama olarak 60,49±10,41 olduğu saptanmıştır.

Tablo 9: Öğrencilerin YİPDÖ'ye İlişkin Bilgileri* (n=345)

YİPDÖ	Madde sayısı	Min-Mak	Ort±ss
Kendilik algısı	6	6-30	21,16±4,36
Gelecek	4	4-20	15,44±3,16
Yapısal stil	6	6-30	22,34±4,78
Sosyal yeterlilik	4	4-20	15,66±3,11
Aile uyumu	9	13-45	34,84±6,14
Sosyal kaynak	4	4-20	15,53±3,32
Toplam	33	51-165	124,98±19,94

*Öğrencilerin Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık (YİPDÖ) Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar

Tablo 9'da YİPDÖ **kendilik algısı** alt boyut puanları 6 ile 30 aralığında değişmektedir ve ortalaması 21,16±4,36 olduğu saptanmıştır. **Gelecek** alt boyutu puanları 4 ile 20 aralığında değişmektedir ve ortalaması 15,44±3,16 olduğu saptanmıştır. **Yapısal stil** alt boyutu puanları

6 ile 30 aralığında değişmektedir ve ortalaması 22,34±4,78 olduğu saptanmıştır. **Sosyal yeterlilik** alt boyutu puanları 4 ile 20 aralığında değişmektedir ve ortalaması 15,66±3,11 olduğu saptanmıştır. **Aile uyumu** alt boyutu puanları 13 ile 45 aralığında değişmektedir ve ortalaması 34,84±6,14 olduğu saptanmıştır. **Sosyal kaynak** alt boyutu puanları 4 ile 20 aralığında değişmektedir ve ortalaması 15,53±3,32 olduğu saptanmıştır. **YİPDÖ toplam** puanları 51 ile 165 arasında değişmekte olup ortalama 124,98±19,94 olduğu saptanmıştır.

Tablo 10: Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre SOKTT Toplam Puanı Karşılaştırılması (n=345)

	SOKTT				Test değeri	p
	Patolojik kumar (-)		Patolojik kumar (+)			
	n	%	n	%		
Cinsiyet					$\chi^2=16,488$	^a <0,001**
Kadın	241	99,6	1	0,4		
Erkek	94	91,3	9	8,7		
Yaş					$\chi^2=7,375$	^b 0,026*
<21	191	99	2	1		
21-23	127	95,5	6	4,5		
>23	17	89,5	2	10,5		
Gelir düzeyi					$\chi^2=4,855$	^a 0,028*
2000 TL altı	295	98	6	2		
2000 TL üzeri	40	90,9	4	9,1		
Yaşam					$\chi^2=3,594$	^b 0,284
Köy/Kasaba	17	94,4	1	5,6		
İlçe	63	95,5	3	4,5		
İl	72	96	3	4		
Büyükşehir	183	98,4	3	1,6		
Kimle yaşıyor					$\chi^2=3,629$	^b 0,269
Aile	213	98,2	4	1,8		
Akraba	12	100	0	0		
Arkadaş	79	94	5	6		
Yalnız	31	96,9	1	3,1		

Tablo 10(Devamı): Öğrencilerin Ailelerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre SOKTT Toplam Puan Karşılaştırılması (n=345)

	SOKTT				Test değeri	p
	Patolojik kumar (-)		Patolojik kumar (+)			
	n	%	n	%		
Aile gelir düzeyi					$\chi^2=3,150$	^b 0,171
Asgari altı	29	93,5	2	6,5		
Asgari-5000 TL arası	178	98,3	3	1,7		
5000 TL üzeri	128	96,2	5	3,8		
Anne eğitim					$\chi^2=2,657$	^b 0,419
Okur-yazar / değil	24	92,3	2	7,7		
İlköğretim	160	97	5	3		
Lise	69	98,6	1	1,4		
Yüksekokul ve üzeri	82	97,6	2	2,4		
Baba eğitim					$\chi^2=8,278$	^b 0,027*
Okur-yazar / değil	10	83,3	2	16,7		
İlköğretim	134	97,8	3	2,2		
Lise	73	100	0	0		
Yüksekokul ve üzeri	118	95,9	5	4,1		

^aFisher's exact test

^bFisher-Freeman-Halton exact test

*p<0,05

**p<0,01

Tablo 10'a görüldüğü üzere erkek öğrencilerin % 91,3'ünün ve kadın öğrencilerin %99,6'sının, 18-21 yaş aralığındaki öğrencilerin %99'unun ve genel olarak öğrencilerin %95,4'ünün yaşadıkları bölgelere, kiminle yaşadıklarına, anne-baba eğitim düzeylerine verdikleri ifadelerle göre kumar oynama ile ilgili sorunları bulunmamaktadır.

Tablo 10'da öğrencilerin **cinsiyetlerine** göre patolojik kumarbazlık yüzdesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,001). Erkeklerde patolojik kumarbazlık yüzdesinin kadınlardan daha fazla olduğu saptanmıştır.

Tablo 10'da Öğrencilerin **yaşlarına** göre patolojik kumarbazlık yüzdesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0,026). Yaşı 21 yıl ve altı olanlarda patolojik kumarbazlık yüzdesinin daha düşük olduğu saptanmıştır (p=0,025).

Tablo 10'da Öğrencilerin **gelir düzeylerine** göre patolojik kumarbazlık yüzdesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,026$). Geliri 2000 TL üzeri olanlarda patolojik kumarbazlık yüzdesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,025$).

Tablo 10'da Öğrencilerin **babalarının eğitim düzeyine** göre patolojik kumarbazlık yüzdesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,027$). Babalarının eğitim düzeyi okuryazar / değil olanlarda patolojik kumarbazlık yüzdesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,043$).

Tablo 10'da Öğrencilerin **yaşamlarının büyük bölümünü geçirdikleri yere, birlikte yaşadıkları kişilere, ailelerinin gelir düzeyine ve annelerinin eğitim düzeyine** göre patolojik kumarbazlık yüzdesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 11: Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre BDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=345)

	Dikkat dürtüselligi	Motor dürtüsellik	Plan yapmama	Toplam
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Cinsiyet				
Kadın	16,01±3,55	18,74±4,22	24,64±4,16	59,4±9,87
Erkek	16,6±3,49	20,54±4,41	25,91±5,12	63,06±11,21
Test değeri	t=-1,418	t=-3,578	t=-2,228	t=-3,026
°p	p=0,157	p<0,001**	p=0,027*	p=0,003**
Yaş gr				
<21	16,46±3,61	19,51±4,47	25,34±4,52	61,31±10,58
21-22-23	15,91±3,53	18,98±4,36	24,84±4,33	59,74±10,3
>23	15,37±2,59	19±2,79	23,05±5,1	57,42±8,66
Test değeri	F=1,499	F=0,621	F=2,417	F=1,783
°p	p=0,225	p=0,538	p=0,091	p=0,17
Gelir düzeyi				
2000 altı	16,22±3,6	19,22±4,27	25±4,5	60,45±10,56
2000 üzeri	15,95±3,11	19,7±4,86	25,14±4,57	60,8±9,4
Test değeri	t=0,469	t=-0,691	t=-0,183	t=-0,208
°p	p=0,640	p=0,490	p=0,855	p=0,835
Yaşam				
Köy/Kasaba	16,78±4,26	20,83±6,35	25,56±5,23	63,17±14,36
İlçe	16,52±3,47	19,39±4,04	25,48±3,82	61,39±9,25
İl	16,35±3,53	19,56±4,17	25,11±4,96	61,01±10,65
Büyükşehir	15,95±3,5	18,98±4,29	24,77±4,47	59,7±10,26
Test değeri	F=0,679	F=1,184	F=0,52	F=0,985
°p	p=0,565	p=0,316	p=0,669	p=0,400
Kimle yaşıyor				
Aile	16,06±3,71	19,19±4,65	24,92±4,71	60,16±11,05
Akraba	15,75±2,3	18,17±2,59	24,42±4,76	58,33±7,51
Arkadaş	16,38±3,16	19,6±3,83	25,6±3,8	61,57±8,67
Yalnız	16,75±3,76	19,5±4,06	24,44±4,69	60,69±11,11
Test değeri	F=0,513	F=0,466	F=0,744	F=0,548
°p	p=0,674	p=0,706	p=0,526	p=0,650

Tablo 11 (devamı): Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine göre BDÖ alt boyut ve toplam puanlarının Karşılaştırılması (n=345)

	Dikkat dürtüselligi	Motor dürtüsellik	Plan yapmama	Toplam
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Aile gelir düzeyi				
Asgari altı	15,58±2,69	18,61±4,32	24,45±3,48	58,65±8,79
Asgari-5000 TL arası	16,19±3,71	19,01±3,86	24,87±4,47	60,08±10,05
5000 TL üzeri	16,32±3,49	19,8±4,92	25,35±4,75	61,48±11,17
Test değeri	F=0,552	F=1,685	F=0,708	F=1,235
^d p	p=0,576	p=0,187	p=0,494	p=0,292
Anne eğitim				
Okur-yazar / değil	15,81±3,1	18,46±3,82	23,35±4,59	57,62±9,98
İlköğretim	16,28±3,53	19,21±4,15	25,02±4,67	60,51±10,33
Lise	15,67±3,6	19,49±4,4	25,26±3,96	60,41±9,71
Yüksekokul ve üzeri	16,56±3,63	19,51±4,86	25,33±4,53	61,4±11,22
Test değeri	F=0,941	F=0,453	F=1,404	F=0,878
^d p	p=0,421	p=0,716	p=0,241	p=0,452
Baba eğitim				
Okur-yazar / değil	16,75±2,99	20,58±4,17	25,33±5	62,67±10,1
İlköğretim	16,2±3,64	19,11±4,53	25,39±4,86	60,7±11,22
Lise	15,78±3,46	19,52±4,47	24,16±4,23	59,47±9,99
Yüksekokul ve üzeri	16,37±3,54	19,2±4,11	25,08±4,17	60,65±9,79
Test değeri	F=0,524	F=0,515	F=1,225	F=0,437
^d p	p=0,666	p=0,673	p=0,301	p=0,727
^c Bağımsız gruplar t testi	^d Tek yönlü varyans analizi	*p<0,05	**p<0,01	

Tablo 11’de öğrencilerin **cinsiyetlerine** göre **BDÖ dikkat dürtüselligi** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05). Öğrencilerin cinsiyetlerine göre **BDÖ motor dürtüsellik alt boyut** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,001). Erkeklerin puanlarının kadınların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre **BDÖ plan yapmama alt boyut** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0,027). Erkeklerin puanlarının kadınların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların cinsiyetlerine göre **BDÖ toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak

anlamli fark olduğu saptanmıştır ($p=0,003$). Erkeklerin puanlarının kadınların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Tablo 11’de öğrencilerin yaşlarına, gelir düzeylerine, birlikte yaşadıkları kişilere, ailelerinin gelir düzeyine, anne ve babanın eğitim düzeyine göre **BDÖ dikkat dürtüsellii, motor dürtüsellik ve plan yapmama alt boyut** puanları ve **BDÖ toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 12: Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre YİPDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=345)

	Kendilik algısı	Gelecek	Yapısal stil	Sosyal yeterlilik	Aile uyumu	Sosyal kaynak	Toplam
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Cinsiyet							
Kadın	21,52±4,28	15,76±2,91	22,58±4,54	15,87±2,82	35,35±5,9	15,84±2,95	126,93±18,68
Erkek	20,32±4,47	14,69±3,58	21,79±5,29	15,18±3,69	33,63±6,55	14,81±3,98	120,42±22,04
Test değeri	t=2,344	t=2,695	t=1,417	t=1,684	t=2,397	t=2,382	t=2,802
çp	p=0,020*	p=0,008**	p=0,157	p=0,094	p=0,017*	p=0,018*	p=0,005**
Yaş gr							
<21	21,05±4,54	15,4±3,23	22,42±4,85	15,72±2,98	34,62±6,22	15,43±3,44	124,64±20,3
21-22-23	21,18±4,13	15,35±3,12	21,98±4,55	15,63±3,08	34,84±5,75	15,55±3,08	124,53±18,97
>23	22,16±4,19	16,53±2,67	24,05±5,51	15,37±4,55	37,05±7,72	16,47±3,69	131,63±22,62
Test değeri	F=0,562	F=1,196	F=1,621	F=0,118	F=1,364	F=0,856	F=1,12
d p	p=0,571	p=0,304	p=0,199	p=0,889	p=0,257	p=0,426	p=0,327
Gelir düzeyi							
2000 altı	21,46±4,37	15,57±3,15	22,51±4,74	15,74±3,07	34,96±6,18	15,63±3,27	125,87±19,9
2000 üzeri	19,09±3,78	14,59±3,16	21,23±4,94	15,16±3,41	34±5,88	14,86±3,62	118,93±19,32
Test değeri	t=3,417	t=1,924	t=1,664	t=1,152	t=0,969	t=1,435	t=2,167
çp	p=0,001**	p=0,055	p=0,097	p=0,250	p=0,333	p=0,152	p=0,031*

Tablo 12 (Devamı-1): Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre YİPDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=345)

	Kendilik algısı	Gelecek	Yapısal stil	Sosyal yeterlilik	Aile uyumu	Sosyal kaynak	Toplam
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Yaşam							
Köy/Kasaba	20,28±4,99	14,72±3,86	21,06±6,21	14,94±3,13	32,94±6,89	15,56±3,6	119,5±23,1
İlçe	20,88±3,48	15,36±3,31	22,58±4,57	15,14±3,19	34,38±6,14	15,85±3,11	124,18±18,53
İl	20,91±4,24	15,05±3,14	21,8±5,01	16,07±3,35	34,59±5,93	15,47±3,89	123,88±20,69
Büyükşehir	21,45±4,64	15,7±3,03	22,61±4,61	15,76±2,97	35,28±6,15	15,45±3,13	126,24±19,82
Test değeri	F=0,685	F=1,115	F=0,999	F=1,432	F=1,064	F=0,25	F=0,812
^dp	p=0,562	p=0,343	p=0,393	p=0,233	p=0,364	p=0,862	p=0,488
Kimle yaşıyor							
Aile	21,33±4,34	15,44±3,21	22,45±4,76	15,78±3,09	35,06±6,19	15,44±3,38	125,5±20,2
Akraba	21,25±2,73	16,75±2,14	22,33±4,14	16±2,8	36,92±5,37	16,83±2,25	130,08±14,1
Arkadaş	20,62±4,62	15,14±3,12	21,61±4,94	15,25±3,14	33,86±5,99	15,6±3,26	122,07±20,02
Yalnız	21,38±4,37	15,78±3,19	23,59±4,63	15,81±3,37	35,16±6,36	15,5±3,45	127,22±19,57
Test değeri	F=0,568	F=1,06	F=1,432	F=0,67	F=1,295	F=0,676	F=1,042
^dp	p=0,637	p=0,366	p=0,233	p=0,571	p=0,276	p=0,567	p=0,374
Aile gelir							
Asgari altı	22,29±4,78	15,26±3,43	23,03±4,42	15,45±3,39	34,52±6,57	14,97±3,98	125,52±20,63
Asgari- 5000 TL arası	20,92±4,33	15,57±2,97	22,28±4,78	15,73±2,95	34,8±5,96	15,49±3,13	124,8±19,37
5000 TL üzeri	21,22±4,3	15,32±3,36	22,27±4,89	15,62±3,29	34,97±6,32	15,72±3,41	125,11±20,66
Test değeri	F=1,321	F=0,304	F=0,351	F=0,134	F=0,077	F=0,677	F=0,022
^dp	p=0,268	p=0,738	p=0,704	p=0,875	p=0,926	p=0,509	p=0,978
Anne eğitim							
Okur-yazar / değil	21,54±4,39	15,31±3,66	22,85±4,86	15,62±3,56	34,19±5,96	15±3,39	124,5±20,98
İlköğretim	20,9±4,61	15,68±3,18	22,52±4,54	15,59±3,14	34,61±6,13	15,6±3,28	124,91±20,26
Lise	20,93±4,33	15±2,89	21,63±5,52	15,81±2,92	35,11±6,67	15,11±3,45	123,6±21,05
Yüksekokul ve üzeri	21,74±3,88	15,38±3,17	22,45±4,58	15,69±3,12	35,25±5,81	15,92±3,28	126,43±18,19
Test değeri	F=0,811	F=0,807	F=0,701	F=0,086	F=0,342	F=0,991	F=0,264
^dp	p=0,488	p=0,491	p=0,552	p=0,968	p=0,795	p=0,397	p=0,852

Tablo 12 (Devamı-2): Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre YİPDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=345)

	Kendilik algısı	Gelecek	Yapısal stil	Sosyal yeterlilik	Aile uyumu	Sosyal kaynak	Toplam
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Baba eğitim							
Okur-yazar / değil	20,58±4,98	13,67±4,36	23,42±4,46	14,17±4,17	34,17±5,72	15,67±3,55	121,67±22,17
İlköğretim	21,29±4,33	15,53±3,16	22,57±4,62	15,74±3,05	34,56±6,21	15,34±3,52	125,04±20,19
Lise	20,9±4,1	15,71±2,92	21,97±4,57	16,26±2,73	35,44±5,78	15,6±3,03	125,89±17,61
Yüksekokul ve üzeri	21,22±4,53	15,36±3,15	22,21±5,12	15,37±3,23	34,85±6,35	15,7±3,26	124,71±20,91
Test değeri	F=0,201	F=1,515	F=0,479	F=2,248	F=0,371	F=0,279	F=0,168
^dp	p=0,895	p=0,210	p=0,697	p=0,083	p=0,774	p=0,840	p=0,918
^c Bağımsız gruplar t testi						*p<0,05	**p<0,01
			^d Tek yönlü varyans analizi				

Tablo 12'ye göre öğrencilerin Katılımcıların **cinsiyetlerine** göre **YİPDÖ yapısal stil** ve **sosyal yeterlilik** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların cinsiyetlerine göre **YİPDÖ kendilik algısı alt boyut** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,020$). Kadınların puanlarının erkeklerin puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların cinsiyetlerine göre **YİPDÖ gelecek alt boyut** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,008$). Kadınların puanlarının erkeklerin puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların cinsiyetlerine göre **YİPDÖ aile uyumu alt boyut** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,017$). Kadınların puanlarının erkeklerin puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların cinsiyetlerine göre **YİPDÖ sosyal kaynak alt boyut** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,018$). Kadınların puanlarının erkeklerin puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların cinsiyetlerine göre **YİPDÖ toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,005$). Kadınların puanlarının erkeklerin puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Tablo 12’de öğrencilerin yaşlarına göre **YİPDÖ kendilik algısı, gelecek, yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu ve sosyal kaynak alt boyut** puanları ve **YİPDÖ toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 12’de öğrencilerin **gelir düzeylerine** göre **YİPDÖ gelecek, yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu ve sosyal kaynak alt boyut** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Öğrencilerin gelirlerine göre **YİPDÖ kendilik algısı alt boyut** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,001$). Geliri 2000 TL altı olanların puanlarının 2000 TL üstü olanların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Öğrencilerin gelirlerine göre **YİPDÖ toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,031$). Geliri 2000 TL altı olanların puanlarının 2000 TL üstü olanların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Tablo 12’de öğrencilerin **birlikte yaşadıkları kişilere, ailelerinin gelir düzeyine, anne ve babalarının eğitim düzeylerine** göre **YİPDÖ kendilik algısı, gelecek, yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu ve sosyal kaynak alt boyut** puanları ve **YİPDÖ toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 13: Öğrencilerin SOKTT Sonucuna Göre BDÖ ve YİPDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=345)

	SOKTT		Test değeri	p
	Patolojik kumar (-)	Patolojik kumar (+)		
	n %	n %		
BDÖ				
Dikkat dürtüsellığı	16,1±3,5	19,3±3,53	t=-2,85	^c 0,005**
Motor dürtüsellik	19,11±4,16	24,9±6,76	t=-4,248	^c <0,001**
Plan yapmama	24,88±4,36	29,8±6,48	t=-3,462	^c 0,001**
Toplam	60,09±9,99	74±15,12	t=-4,27	^c <0,001**
YİPDÖ				
Kendilik algısı	21,3±4,33	16,6±3,17	t=3,403	^c 0,001**
Gelecek	15,53±3,13	12,7±2,95	t=2,815	^c 0,005**
Yapısal stil	22,43±4,78	19,4±4,14	t=1,985	^c 0,048*
Sosyal yeterlilik	15,77±3,08	12±2,05	t=3,851	^c <0,001**
Aile uyumu	34,99±6,14	29,8±3,39	t=4,615	^c 0,001**
Sosyal kaynak	15,61±3,26	12,9±4,48	t=2,566	^c 0,011*
Toplam	125,63±19,74	103,4±14,1	t=3,532	^c <0,001**

^aBağımsız gruplar t testi

*p<0,05

**p<0,01

Tablo 13'te patolojik kumarbaz olan öğrencilerin BDÖ **dikkat dürtüsellığı**, **motor dürtüsellik** ve **plan yapmama** alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,005; p<0,001).

Tablo 13'te Patolojik kumarbaz olan öğrencilerin YİPDÖ **kendilik algısı** (p=0,001), **gelecek** (p=0,005), **yapısal stil** (p=0,048), **aile uyumu** (p=0,001) **sosyal yeterlilik** (p<0,001) ve **sosyal kaynak** (p=0,011), alt boyut puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 14: Öğrencilerin BDÖ Alt Boyut Ve Toplam Puanları İle YİPDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanları Arasındaki İlişki (n=345)

		Dikkat dürtüselliği	Motor dürtüsellik	Plan yapmama	Toplam
Kendilik algısı	r	-0,385	-0,357	-0,339	-0,427
	p	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**
Gelecek	r	-0,442	-0,426	-0,405	-0,504
	p	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**
Yapısal stil	r	-0,358	-0,317	-0,406	-0,430
	p	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**
Sosyal yeterlilik	r	-0,313	-0,233	-0,379	-0,367
	p	0,000	0,000	0,000	0,000
Aile uyumu	r	-0,367	-0,317	-0,378	-0,421
	p	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**
Sosyal kaynak	r	-0,372	-0,262	-0,346	-0,386
	p	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**
Toplam	r	-0,464	-0,399	-0,469	-0,528
	p	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**

Pearson korelasyon analizi

*p<0,05

**p<0,01

Tablo 14’de öğrencilerin **BDÖ dikkat dürtüselliği** alt boyut puanları ile YİPDÖ **kendilik algısı** alt boyut puanları arasında negatif yönde 0,385 düzeyinde (zayıf) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (r=-0,385; p<0,001).

Tablo 14’de öğrencilerin **BDÖ dikkat dürtüselliği** alt boyut puanları ile YİPDÖ **gelecek** alt boyut puanları arasında negatif yönde 0,442 düzeyinde (orta) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (r=-0,442; p<0,001).

Tablo 14’de öğrencilerin **BDÖ dikkat dürtüselliği** alt boyut puanları ile YİPDÖ **yapısal stil** alt boyut puanları arasında negatif yönde 0,358 düzeyinde (zayıf) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (r=-0,358; p<0,001).

Tablo 14’de öğrencilerin **BDÖ dikkat dürtüsellığı** alt boyut puanları ile **YİPDÖ sosyal yeterlilik** alt boyut puanları arasında negatif yönde 0,313 düzeyinde (zayıf) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,313$; $p<0,001$).

Tablo 14’de öğrencilerin **BDÖ dikkat dürtüsellığı** alt boyut puanları ile **YİPDÖ aile uyumu** alt boyut puanları arasında negatif yönde 0,367 düzeyinde (zayıf) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,367$; $p<0,001$).

Tablo 14’de öğrencilerin **BDÖ dikkat dürtüsellığı** alt boyut puanları ile **YİPDÖ sosyal kaynak** alt boyut puanları arasında negatif yönde 0,372 düzeyinde (zayıf) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,372$; $p<0,001$).

Tablo 14’de öğrencilerin **BDÖ dikkat dürtüsellığı** alt boyut puanları ile **YİPDÖ toplam** puanları arasında negatif yönde 0,464 düzeyinde (orta) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,464$; $p<0,001$).

Tablo 14’de öğrencilerin **BDÖ motor dürtüsellik** alt boyut puanları ile **YİPDÖ kendilik algısı** alt boyut puanları arasında negatif yönde 0,357 düzeyinde (zayıf) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,357$; $p<0,001$).

Tablo 14’de öğrencilerin **BDÖ motor dürtüsellik** alt boyut puanları ile **YİPDÖ gelecek** alt boyut puanları arasında negatif yönde 0,426 düzeyinde (orta) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,426$; $p<0,001$).

Tablo 14’de öğrencilerin **BDÖ motor dürtüsellik** alt boyut puanları ile **YİPDÖ yapısal stil** alt boyut puanları arasında negatif yönde 0,317 düzeyinde (zayıf) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,317$; $p<0,001$).

Tablo 14’de öğrencilerin **BDÖ motor dürtüsellik** alt boyut puanları ile **YİPDÖ sosyal yeterlilik** alt boyut puanları arasında negatif yönde 0,233 düzeyinde (zayıf) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,233$; $p<0,001$).

Tablo 14’de öğrencilerin **BDÖ motor dürtüsellik** alt boyut puanları ile **YİPDÖ aile uyumu** alt boyut puanları arasında negatif yönde 0,317 düzeyinde (zayıf) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,317$; $p<0,001$).

Tablo 14’de öğrencilerin **BDÖ motor dürtüsellik** alt boyut puanları ile **YİPDÖ sosyal kaynak** alt boyut puanları arasında negatif yönde 0,262 düzeyinde (zayıf) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,262$; $p<0,001$).

Tablo 14’de öğrencilerin **BDÖ motor dürtüsellik** alt boyut puanları ile **YİPDÖ toplam** puanları arasında negatif yönde 0,399 düzeyinde (zayıf) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,399$; $p<0,001$).

Tablo 14’de öğrencilerin **BDÖ plan yapmama** alt boyut puanları ile **YİPDÖ kendilik algısı** alt boyut puanları arasında negatif yönde 0,339 düzeyinde (zayıf) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,339$; $p<0,001$).

Tablo 14’de öğrencilerin **BDÖ plan yapmama** alt boyut puanları ile **YİPDÖ gelecek** alt boyut puanları arasında negatif yönde 0,405 düzeyinde (orta) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,405$; $p<0,001$).

Tablo 14’de öğrencilerin **BDÖ plan yapmama** alt boyut puanları ile **YİPDÖ yapısal stil** alt boyut puanları arasında negatif yönde 0,406 düzeyinde (orta) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,406$; $p<0,001$).

Tablo 14’de öğrencilerin **BDÖ plan yapmama** alt boyut puanları ile **YİPDÖ sosyal yeterlilik** alt boyut puanları arasında negatif yönde 0,379 düzeyinde (zayıf) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,379$; $p<0,001$).

Tablo 14’de öğrencilerin **BDÖ plan yapmama** alt boyut puanları ile **YİPDÖ aile uyumu** alt boyut puanları arasında negatif yönde 0,378 düzeyinde (zayıf) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,378$; $p<0,001$).

Tablo 14’de öğrencilerin **BDÖ plan yapmama** alt boyut puanları ile **YİPDÖ sosyal kaynak** alt boyut puanları arasında negatif yönde 0,346 düzeyinde (zayıf) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,346$; $p<0,001$).

Tablo 14’de öğrencilerin **BDÖ plan yapmama** alt boyut puanları ile **YİPDÖ toplam** puanları arasında negatif yönde 0,469 düzeyinde (orta) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,469$; $p<0,001$).

Tablo 14’de öğrencilerin **BDÖ toplam** puanları ile YİPDÖ **kendilik algısı** alt boyut puanları arasında negatif yönde 0,427 düzeyinde (orta) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,427$; $p<0,001$).

Tablo 14’de öğrencilerin **BDÖ toplam** puanları ile YİPDÖ **gelecek** alt boyut puanları arasında negatif yönde 0,504 düzeyinde (orta) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,504$; $p<0,001$).

Tablo 14’de öğrencilerin **BDÖ toplam** puanları ile YİPDÖ **yapısal stil** alt boyut puanları arasında negatif yönde 0,320 düzeyinde (zayıf) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,320$; $p<0,001$).

Tablo 14’de öğrencilerin **BDÖ toplam** puanları ile YİPDÖ **sosyal yeterlilik** alt boyut puanları arasında negatif yönde 0,367 düzeyinde (zayıf) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,367$; $p<0,001$).

Tablo 14’de öğrencilerin **BDÖ toplam** puanları ile YİPDÖ **aile uyumu** alt boyut puanları arasında negatif yönde 0,421 düzeyinde (orta) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,421$; $p<0,001$).

Tablo 14’de öğrencilerin **BDÖ toplam** puanları ile YİPDÖ **sosyal kaynak** alt boyut puanları arasında negatif yönde 0,386 düzeyinde (zayıf) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,386$; $p<0,001$).

Tablo 14’de öğrencilerin **BDÖ toplam** puanları ile YİPDÖ **toplam** puanları arasında negatif yönde 0,528 düzeyinde (orta) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,528$; $p<0,001$).

5. TARTIŞMA

Çalışmamız üniversite öğrencilerinin kumar oynama davranışları, dürtüsellik boyutları ve psikolojik sağlamlıkları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmamızın bulguları üç başlık altında tartışılmıştır.

- a) Üniversite öğrencilerinde kumar oynama davranışı,
- b) Üniversite öğrencilerinde kumar oynama davranışı ve dürtüsellik
- c) Üniversite öğrencilerinde kumar oynama davranışı, dürtüsellik ve psikolojik sağlamlık

5.1. Üniversite öğrencilerinde kumar oynama davranışı

Bu çalışmada öğrencilerin SOKTT ve genel tanımlayıcı özelliklere (cinsiyet, yaş, medeni durum, gelir düzeyi vb.) verdikleri ifadelerle göre %95,4'ünün kumar oynama ile ilgili sorunları bulunmamaktadır. Calado ve ark. (2016) yaptıkları 2000 yılı sonrasında Avrupa, Kuzey Amerika ve Avustralya'da gerçekleştirilen 10-24 yaş aralığında kumar oynama davranışlarını araştıran 44 çalışmayı incelediği metaanaliz çalışmalarında, gençlerin %0,2-%12,3'ünün beş kıtada kumar oynama problemi için tanı ölçütlerini karşıladığını belirtmiştir. Kuzey Amerika'da kumar oynama yaygınlığının % 2,1-%2,6 arasında değiştiğini, Okyanusya'da % 0,2-%4,4 arasında değişmekte olduğunu ve Avrupa'da, genç nüfusta sorunlu kumar yaygınlığının % 0,2-% 12,3 arasında değişmekte olduğunu belirtmişlerdir. Koç ve ark. (2017) üniversite öğrencileriyle yaptıkları çalışmalarında öğrencilerin %89,5'inin kumar oynama sorunu olmadığını bildirmişlerdir. Vayisoğlu ve ark. (2019) üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarında SOKTT sonuçlarına göre %98,8 öğrencinin 0- 7 puan arasında aldığı için kumar oynama sorunu bulunmadığını ve %1,2 öğrencinin 8 puan üzeri alarak muhtemel patolojik kumarbaz olduğu bildirilmiştir. Genel literatür örneklerinde de gençler arasında kumar oynama bozukluğu düşük oranlarda bulunmaktadır. Öğrencilerin kumar oynama davranışları bulunurken oynama davranışı sorun oluşturmamaktadır. Bu örnekler genç bireylerin kumar oynama bozukluğu için risk grubunda olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada erkeklerin kadınlardan daha fazla kumar oynama davranışı gösterdiği belirlenmiştir. Literatürde de benzer sonuçları olan çalışmalara ulaşılmıştır. Kılıç'ın (2006)

yapmış olduğu çalışmasında gençler arasında şans oyunlarına katılım seviyesinin tespitine yönelik değerlendirme sonuçlarında kızlarla erkekler arasında anlamlı istatistiksel bir fark bulunmadığını belirtmiştir. Bilgin'in (2015) yaptığı çalışmasında kullanılan örneklemin az olmasını belirterek cinsiyetin kumar bağımlılığı üzerinde etkili olmadığını belirtmiştir. Fırat (2015); Nowak ve Aloe (2014); Pınarcı (2014); Kam ve ark. (2017) çalışmalarında erkeklerin kadınlardan daha fazla kumar oynama davranışı gösterdiğini bildirilmişlerdir. Nowak (2017) çalışmasında erkek olmanın, öğrenciler arasındaki patolojik kumar oynama olasılığını arttırdığını ve cinsiyetin üniversite öğrencileri arasında patolojik kumar oynama oranlarını etkilediğini belirtmiştir.

Bu çalışmada erkeklerde kumar oynama davranışının fazla olması, kadın ve erkeğe yüklenen toplumsal rollerin farklı olması erkeklerin sosyal alanlarda daha çok yer alması ve her türlü ortama rahatça girebilmesinin bir sonucu olabilir.

Bu çalışmada yaş aralıkları ayrıntılı olarak belirlenmiştir ve öğrencilerin yaşlarına göre yaşı 18-21 aralığında olan öğrencilerde kumar oynama yüzdesinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Literatürdeki örneklerle uyumluluk göstermektedir. Çakıcı (2012) 18-65 yaş aralığında Kıbrıs'ta yaşayan bireylerle yaptığı çalışmasında kumar oynama davranışı en fazla 18-29 yaş aralığında görülmektedir. Öğrencilerin %32'sinin kumar sorunu yaşadığını belirtmiştir. Bilgin (2015) çalışmasında 18-20; 21-25 ve 26 üzeri yaş aralığı kumar oynama davranışı incelendiğinde 21-25 yaş aralığının oynama davranışı daha fazladır. Nowak (2017) çalışmasında yaşın ve etnik kökenin kumar oynama davranışa bir etkisi olmadığını belirtmektedir. Sancho ve ark. (2019) çalışmalarında kumar şiddetinin genç hastalar için daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Bu sonuçlar genç bireylerin 18-21 yaş aralığında daha çok online oyun oynadıklarını, ergenlik ya da adölesan dönemlerinde başladıkları sanal ya da çevrimiçi olarak internet üzerinden oyun oynama davranışlarının zamanla, üniversite dönemlerinin sonlarına doğru, eğlence aracı olarak gördükleri kumarla tanıştıklarını düşündürmektedir.

Bu çalışmada gelir düzeyi yüksek öğrenciler kumar oynama davranışını daha fazla göstermektedir. Çalışmamızda literatürdeki bazı örneklere uygun sonuçlar bulunmuştur. Gainsbury ve ark. (2012) çalışmasında düşük gelirli öğrencilerin kumar oynama davranışını daha az gösterdiğini belirtmiştir. 2015'te Gainsbury ve ark. genel popülasyonla yaptıkları çalışmalarında gelir düzeyinin kumar oynama davranışı ile anlamlı bir fark saptamadıklarını belirtmişlerdir. Bilgin (2015) çalışmasında gelir düzeyi orta ve yüksek olan bireylerin daha

çok kumar oynama davranışı gösterdiğini belirtmiştir. Gelir düzeyi düşük olan öğrencilerin bütçelerini daha çok temel ihtiyaçlar için kullanmaları ve kumar oynama davranışının lüks bir eğlence olarak algılanması nedeniyle, gelir düzeyi yüksek öğrencilerin daha çok kumar oynama davranışı sergiledikleri düşünülmektedir.

Bu çalışmada babalarının eğitim düzeyi okuryazar / değil olan öğrencilerin patolojik kumarbazlık yüzdesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde ulaşılan çalışmalarda annenin ve babanın eğitim durumlarının öğrencilerin kumar oynama davranışlarını etkilemediği sonucuna varılmıştır (Bilgin, 2015; Calado ve ark., 2016). Suris ve ark. (2011) kumar oynama davranışı için önemli belirleyicilerin, genç bireyler için fazla miktarda, kolay para kazancına ve düşük sosyokültürel sahip aile bireyleri olduğunu belirtmiştir.

Bu çalışmada medeni durumun ve yaşam bölgelerinin kumar oynama davranışı üzerine etkisi olmadığı bulunmuştur. Literatürde birçok çalışmada medeni durumun, yaşam bölgelerinin ve etnik kökenlerinin kumar oynama davranışı üzerine etkisi olmadığı belirtilmiştir (Gainsbury, 2012; Çakıcı, 2012; Pınarcı, 2014; Bilgin, 2015; Nowak, 2017; Bayındır, 2018). Bizim çalışmamızda literatürdeki bilgilerle uyumlu sonuç vermiştir. Çakıcı (2012) çalışmasında kumar oynama davranışı için risk etkenleri olarak erkek, 29 yaşından küçük, evli olmamak ve yalnız yaşamak olarak belirlendiğini belirtmiştir. Kumar oynamak için uzun bir sürecin ya da zorlu ulaşım koşullarının, online (çevrimiçi) kumar sitelerinin artması ve ulaşımın kolaylaşması nedeniyle, bireyin evli ya da bekar olmasının, yaşadığı bölgenin öneminin ortadan kalktığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada öğrencilerin %18,6'sı online bahis oynadıklarını belirtilmiştir. Bu sonuç literatürdeki diğer sonuçlarla benzer özellik göstermektedir. Türkiye'de reşit olmayan bireylerle yapılan kumar çalışmasında 12 ile 18 yaşları arasındaki 6116 birey ile yürütülen çalışmada, 756 (% 12,4) kişinin çevrimiçi bahis oynadıkları belirtilmiştir ve çevrelerinde en az bir yakınlarının kumar çeşitlerinden en az birini oynadıklarını belirtmişleridir (Arıcak, 2019).

Avrupa ülkelerinde bu yaş sınırı daha da düşmektedir. Chóliz (2016) İspanya'da çevrimiçi kumarın yasallaştırılmasından 2 yıl sonra etkisini incelediği çalışmasında kumar oynama aktivitelerinin yasallaştırılmasından itibaren genç patolojik kumarbazlarda önemli bir artış gösterdiğini belirtmiştir. Çevrimiçi kumar oyununun büyümesi ve tanıtımının yasal olduğu ülkelerde bu tür oyunların büyük ölçüde artmasına ve çevrimiçi kumar oynamanın

erişilebilirlik kolaylığı gibi özellikleri nedeniyle diğer tüm oyun türlerine göre daha tercih edildiğini belirtmiştir. Kanada Global Gaming Outlook dergisi (2015), çevrimiçi kumarın, kumar pazarının % 53'ünü oluşturduğunu kumarhane oyunlarının daha az tercih edildiğini belirtmiştir. Griffiths ve ark. (2010) ‘Üniversite Öğrencilerinde Online Poker Kumar’ çalışmalarında ortalama yaşları 21 olan 422 çevrimiçi poker oyuncusuyla yaptıkları çalışmada, çevrimiçi poker oyunlarının öğrencilerin üçte biri tarafından haftada en az iki kez oynandığını göstermiştir. Katılımcıların %18’i DSM kriterlerine uyumlu olarak muhtemel patolojik kumarbaz olarak tanımlanmıştır. Çevrimiçi kumarın, masa başı kumarının önüne geçtiği birçok araştırma sonucunda belirtilmiştir. Bu nedenle çevrimiçi kumarın kolay ulaşılabilir olması, bekleme süresinin azalması, hemen sonuç vermesi, takip edilebilirliğinin daha kolay olması ve her alanda kolayca oynanabilmesi nedeniyle daha çok tercih edildiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada öğrencilerin %39,4’ü SOKTT anketinde en az bir kumar çeşidini oynadıklarını belirtmişlerdir. En çok tercih edilen kumar türleri %18,8 ile milli piyango ve %18,6 ile online bahis türleridir. SOKTT puanlamasına göre 8 puan ve üzeri alan erkek öğrencilerin %8,7’si muhtemel patolojik kumarbaz olarak değerlendirilebilmektedir. Literatürdeki sonuçların bazılarına yakınlık göstermektedir. Nowak (2017), 1987-2016 yılları arasında yayınlanan 72 araştırmanın metaanaliz çalışmasında, dünya çapında üniversite ve üniversite öğrencileriyle gerçekleştirilen kumar oynama bozukluğu çalışmalarında, sorunlu kumarbaz olarak tanımlanan üniversite ve üniversite öğrencilerinin oranı yaklaşık %10.23 olduğunu belirtmiştir. Patolojik kumarbazların oranının ise yaklaşık %6.13 olduğunu belirtmiştir. Bu bulgular, üniversite öğrencilerinin kumar oynama davranışlarının genel popülasyona oranla daha yüksek olduğunu göstermektedir. Türkiye’de Kaya (2004), Pınarcı’nın (2014), Çakıcı (2015) ve Vayisoğlu ve ark. (2019) yaptıkları çalışmalarının sonuçlarında üniversite öğrencilerinin çoğunun hayatlarında en az bir kez kumar çeşitlerinden birini oynadıklarını bildirmişlerdir. Pınarcı (2014) kumar oynama davranışının sorun teşkil etmediği sonucunu bildirmiştir. Fırat (2015) 299 öğrenci ile yürüttüğü çalışmasında öğrencilerin %24,1’ninin, Bilgin’in (2015) KKTC’de 470 öğrenci ile yürüttüğü çalışmasında ise öğrencilerin %57,9’unun KOB tanısının kriterlerini karşıladığını bildirmiştir. Niğde’de 100 üniversite öğrencisiyle yapılan çalışmada en az bir kere kumar oynama davranışı %92 olarak bulunmuştur (Bayındır, 2018).

Öğrencilerin hayatlarında en az bir kere kumar oynaması sonuçları birçok çalışmada ortak özelliktir. Bu öğrencilerin Kumar kavramını bilmedikleri ve bazı oynadıkları oyunların (hesabın ödenmesine oynamak vb.) kumar olduğunu bilmedikleri düşünülmektedir. Öğrencilerin çoğu milli piyango almanın, kazı kazan oynamanın, sayısal loto oynamanın sadece bir zevk ve eğlence olduğunu belirtmektedir. İnternet üzerinden spor dalları üzerine kupon yapılmasını sadece bir eğlence aracı olarak düşündükleri ve kumar oynamanın sadece kumarhanelerde gerçekleştiğini birçok oyun aracının kumarla bağlantısı olmadığını düşünmektedirler. SOKTT ölçeği doldurulurken soruların onları şaşırttığını belirten birçok öğrenci ile karşılaşmıştır. Bu davranışların aşırıya gitmesiyle birlikte bağımlılığın gelişebileceğinin farkında olmadıkları düşünülebilir.

5.2. Üniversite öğrencilerinde kumar oynama davranışı ve dürtüsellik

Bu çalışmada öğrencilerin cinsiyetlerine göre BDÖ toplam puanları incelendiğinde erkeklerin puanlarının kadınların puanlarından daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre BDÖ dikkat dürtüselligi ve plan yapmama alt boyut puanları ve BDÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Ancak öğrencilerin cinsiyetlerine göre BDÖ motor dürtüsellik alt boyut ve BDÖ plan yapmama alt boyut puanları bakımından erkeklerin puanlarının kadınların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Çalışmamızda öğrencilerin diğer tanımlayıcı özellikleri olan yaşlarına, gelir düzeylerine, birlikte yaşadıkları kişilere, ailelerinin gelir düzeyine, anne ve babanın eğitim düzeyine vb. ölçütlere göre BDÖ dikkat dürtüselligi, motor dürtüsellik ve plan yapmama alt boyut puanları ve BDÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır.

Yan ve ark. (2016) yaptıkları ‘Problemsiz, riskli ve problemlili kumarbazlarda dürtüsellik karşılaştırılması’ isimli genç yetişkinlerle yaptıkları çalışmalarında Motor Dürtüsellik, Dikkat Dürtüsellik ve Planlama Dışı Dürtüsellik puanları arasında anlamlı pozitif ilişki bulunduğunu, erkeklerin dürtüsellik alt puanlarının ve sorunlu kumar davranışlarının kadınlardan daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Dürtüsellik ve Dikkat Dürtüsellikte yüksek puanlar ortaya koydu. Yaş, etnik köken, yaşam alanının dürtüsellikle anlamlılık göstermediği belirtilmiştir. (Yan ve ark., 2016; Ioannidis ve ark., 2019). Erel ve ark. (2015) çalışmasında genç erkeklerin, kadınlardan daha fazla riskli davranışlarda bulunduğu sonucuna varmıştır.

Erkeklerin dürtüsellik puanlarının kadınlara göre daha yüksek çıkmasının nedeni olarak, yaşadığımız coğrafyada kadınların toplumsal olarak daha dikkatli bir yaşam sürmesinin öğretilmesi, daha ayrıntılı düşünerek hareket etmesi ve psikososyal etkenlerin olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada SOKTT puanlamalarına göre muhtemel patolojik kumarbaz olan öğrencilerin BDÖ (dikkat dürtüsellığı, motor dürtüsellik ve plan yapmama) alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sonuçlarımız literatürdeki bazı sonuçlarla uyumluluk göstermektedir (Yan ve ark., 2016; Chowdhury ve ark., 2017; Ioannidis ve ark., 2019).

Mestre-Bach ve ark. (2020) dürtüsellığın KOB durumunda tek başına etkileyici bir faktör olmadığını ve dürtüsellik alanlarının birbiriyle ilişkili olduğunu belirterek, dürtüsellığın tek boyutta incelenmesinin yetersiz kaldığını belirtmiştir. Çalışmada üç farklı (seçim dürtüsellik, sürekli dürtüsellik ve motor dürtüsellik) dürtüsellik alanını inceleyen Mestre-Bach: Seçim ve sürekli dürtüsellığın birbiriyle ilişkili görüldüğünü belirtmektedir. Dürtüsellik ile KOB şiddeti arasındaki pozitif ilişki olduğunu belirterek motor tepkisi dürtüsellığının KOB şiddeti ile doğrudan tek başına ilişkili olmadığını belirtmektedir.

Altıntaş (2018) iki gruba yürüttüğü araştırmasında, her iki grup arasında toplam BIS puanları açısından bir farklılık bulunmadığını belirtmiştir. KOB tanılı hastalarda motor dürtüsellik puanının daha yüksek, tasarlanmamış dürtüsellik puanının ise daha düşük bulunduğunu eklemiştir. KOB ile dürtüsellik arasındaki ilişkinin durumsal değil sürekli ilişkisi olduğunu belirtmiştir. Yan ve ark. (2016) Motor Dürtüsellik ve Dikkat Dürtüsellığın alt puanlamalarının kumar oynama yatkınlığı olan öğrencilerde daha fazla olduğunu belirtmiştir. 20 çalışmayı inceleyen bir metaanaliz çalışmada, BIS-Motor Dürtüsellik alt ölçeğini kullanan 12 çalışmada, KOB olan bireylerin kontrollere kıyasla motor dürtüsellığı anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Chowdhury ve ark., 2017).

Dürtüsellığın birçok ruhsal bozukluğun temelini oluşturduğu savunulmaktadır. Birçok davranışsal bağımlılığın temelini dürtüsellığın oluşturduğu da savunulmaktadır. Kişilik özelliği olarak da kabul edilen dürtüsellikte; dürtüsellik düzeyi yüksek olan bir bireyde sonuçlarını düşünmeden hareket etme ve kısa yoldan ödüle ulaşma isteğinin fazla olması nedeniyle kumar oynama davranışına yönelimin ve bu davranışı sürdürülmesi, bağımlılığın oluşabileceği düşünülmektedir.

5.3. Üniversite öğrencilerinde kumar oynama davranışı, dürtüsellik ve psikolojik sağlık

Bu çalışmada kadın öğrencilerin toplam psikolojik sağlık puanları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Sonuçlarımız bazı literatür bulgularıyla uyumluluk göstermektedir (Çataloğlu, 2011; Güngörmüş ve ark., 2015; Aydın, 2018). Güngörmüş ve ark. (2015) hemşirelik fakültesi öğrencileriyle yaptıkları çalışmada cinsiyete göre kadınların psikolojik sağlık düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek çıktığı belirtilmiştir. Hoşoğlu ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptıkları çalışmada psikolojik sağlık düzeylerinin cinsiyete ve aile gelir durumuna göre etkilendiğini; aile hayatının ve yaşamın büyük kısmının geçirildiği yere göre ise bir farklılık oluşturmadığı belirtilmiştir.

Bahadır (2009), Sarwar ve ark. (2010) ve Erdoğan (2015) öğrencilerle yaptıkları çalışmalarında erkek öğrencilerin psikolojik sağlık puanlarının kadınlara göre daha yüksek bulunduğu belirtilmiştir. Bazı çalışmalarda ise psikolojik sağlamlığın bir risk faktörüyle karşılaşılması sonucunda ölçülebildiği savunulmaktadır. Kadınların aile uyumu ve sosyal kaynaklar, gelecek algısı ve kendilik algısı alt gruplarında yüksek puan almaları risk faktörleriyle daha çok karşılaşarak psikolojik sağlık düzeyleri üzerinde farkındalıklarının daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada öğrencilerin yaş, birlikte yaşadıkları kişiler, aile gelir düzeyi, anne-baba eğitim düzeyine göre psikolojik sağlık düzeylerinde anlamlı bir fark saptanmamıştır. Geliri 2000TL ve altı geliri olan öğrencilerin psikolojik sağlık düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak tek başına belirleyici bir faktör olamayacağı literatürdeki çalışmalarla desteklenmektedir (Bahadır, 2009; Çataloğlu, 2011; Güngörmüş, 2015 ve Hoşoğlu ve ark., 2018; Aydın, 2018).

Güngörmüş (2015) çalışmasında ekonomik durumu iyi olan, babalarının eğitim düzeyleri ortaokul/lise mezunu olan öğrencilerin psikolojik sağlık düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bahadır (2009) çalışmasında eğitim düzeyi yüksek aile bireyleri olan öğrencilerin daha yüksek psikolojik sağlık puanı aldıklarını belirtmiştir. Hoşoğlu ve ark. (2018) çalışmalarında aile gelir durumu yetersiz olan katılımcıların psikolojik sağlık düzeylerinin, aile geliri orta ve iyi olanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğunu belirtmiştir. Aynı çalışma da aile hayatının ve yaşamın büyük kısmının geçirildiği yere göre

ise psikolojik sağlamlık düzeylerinde bir farklılık oluşturmadığı belirtilmiştir. Psikolojik sağlamlık esnek olmaktır bu da bireyin sıkıntı yaşamaması olumsuz durumlarla karşılaşmaması değil ciddi tehditlerin olduğu riskli durumlarda etkili baş edebilme yollarını kullanabilmesidir. Bu tehditlerle baş etmede işsel ve çevresel (i g r , empati becerisine sahip olmak, akademik başarı ve kişisel yetkinlik, etkin problem çözme becerisi, aile ilişkileri sosyal destek gibi) koruyucu faktörlerin önemli olduğu da bilinmektedir. Bu sonuç öğrencilerin sosyodemografik özelliklerinin psikolojik sağlamlık düzeyini açıklamada tek başına yeterli olmadığını düşündürmektedir.

Bu çalışmada kumar oynama davranışı gösteren öğrencilerin, toplam psikolojik sağlamlık (kendilik algısı, gelecek algısı, yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu ve sosyal kaynak) puanları kumar oynama davranışı göstermeyen öğrencilere göre daha düşük sonuçlar vermiştir. Toplam dürtüsellik puanları ve toplam psikolojik sağlamlık puanları arasında istatistiksel olarak orta ve zayıf anlamlı olarak ters yönde ilişki olduğu bulunmuştur.

Çalışmamız literatürdeki kumar oynama davranışlarını, dürtüselliği ve psikolojik sağlamlığı kapsayan çalışmalardaki; yüksek psikolojik sağlamlığın ve düşük dürtüselliğin kumar oynama davranışı olasılığını azalttığı sonuçlarını desteklemektedir (Lussier ve ark., 2007; Goldstein ve ark., 2013; Oei ve Goh, 2015; Mishra ve ark.,2018).

Lussier ve ark. (2007) 12 ile 19 yaşları arasındaki 1.273 öğrenciyle yaptıkları ‘Gençlik kumar davranışları: Dayanıklılık rolünün incelenmesi’ çalışmasında, risk ve koruyucu faktörlerin kumar oynama davranışı üzerine etkisi olduğunu belirterek, esnek ve savunmasız gençlerin, kumar oynama şiddetleri açısından önemli ölçüde farklılık gösterdiğini belirtmiştir. Psikolojik sağlamlığı yüksek gençlerin, kumar oynama açısından düşük riskli grupta olduğu belirtilmiştir.

Goldstein ve ark (2013) ergenlerde kumar oynama davranışı ve psikolojik sağlamlığı incelediği çalışmada, psikolojik sağlamlığın risk ve teşvik edici faktörlerinin kumar oynama davranışıyla ilişkili olduğunu ve risk faktörü arttıkça, yüksek sonuçlu kumar oynama olasılığı olduğunu belirtmiştir. Psikolojik sağlamlığın güçlü yönlerini geliştirmek amacıyla  nleme programlarının oluşturulması, riskli kumar oynama olasılığını azaltabileceği belirtilmiştir.

Oei ve Goh (2015) ‘Asya’da Sorunlu Kumar Oynamada Risk ve Koruyucu Faktörler Arasındaki Etkileşimler’ çalışmasında koruyucu faktörlerin (Esneklik (psikolojik sağlamlık), Kumar Reddi  z-Yeterlilik ve Yaşam Memnuniyeti), risk faktörleri (Kumar Bilişleri,

Dürtüsellik) üzerinde olumlu etkiler gösterdiği belirtilmiştir. Yüksek psikolojik sağlamlığa sahip olmak, kumar dürtülerinin güçlü olduğu durumlarda kumarla ilgili sorunların yaşanma olasılığını da azalttığı belirtilmiştir.

Mishra ve ark. (2018) 'Problemlili kumarda risk ve koruyucu faktörler: Psikolojik sağlamlık' çalışmasında dürtüsellik, sorunlu kumar oynama davranışı ve psikolojik sağlamlık arasında önemli ilişkiler bulunduğu belirtilmiştir. Risk faktörlerinin (dürtüsellik) sorunlu kumar davranışlarının etiyojisi için özellikle önemli olduğunu belirterek, sert ve öngörülemez erken gelişim ortamlarının, genel olarak risk alma ile ilişkili özelliklerin ve riskli kumar oynama davranışının düşük psikolojik sağlamlığı etkilediği belirtilmiştir.

Sosyal bağ, kişisel yeterlilik ve sosyal yeterlilik gibi özelliklerin kumar oynama davranışı üzerine etkisi olmadığı belirtilmiştir. Psikolojik sağlamlığın, risk faktörlerinin (dürtüsellik) varlığında bile patolojinin gelişmesine karşı bir 'tampon' olarak hizmet edebileceği belirtilmiştir. Psikolojik sağlamlığın, eğitimsel farkındalığın düşük dürtüsellik sıklık kumar oynama davranışına karşı 'koruduğuna' dair kanıtlar buldukları belirtilmiştir (Mishra ve ark., 2018).

Genel SOKTT, BDÖ ve YİPDÖ puanları karşılaştırıldığında YİPDÖ puanı yüksek olan öğrencilerin kumar oynama davranışı ve dürtüsellik düzeyinin daha düşük çıktığı bulunmuştur. Psikolojik sağlamlığı yüksek bireylerin farkındalık ve risklerle baş etme yöntemlerini yerinde ve olumlu kullanmaları nedeniyle dürtüsellik düzeyinin yani düşünmeden hareket etmenin, uzun vadeli planlar kuramamanın ve kısa yoldan ödüle ulaşma isteğinin daha az olduğu görülmektedir. Bu nedenle psikolojik sağlamlığı yüksek olan öğrencilerin, dürtüsellik düzeyinin daha az olması ve kumar oynama davranışını daha az sergilemelerine neden olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Öğrencilerin %39,4'ünün kumar çeşitlerinden en az birini oynamış olduğunu belirlenmiştir. Öğrencilerin bugüne kadar bir günde kumara en fazla yatırdıkları para ortalama $68,59 \pm 251,19$ TL'dir. Öğrencilerin %13,6'sı bazen parayı yeniden kazanmak için başka bir gün yine kumar oynamaya gitmektedir.

Öğrencilerin %4,1'i geçmişte bahis ve kumarla ilgili sorunu olduğunu fakat şu anda olmadığını, %2,3'ü ise şu anda sorunu olduğunu düşünmektedir. Öğrencilerin kumar oynamak veya kumar borçlarını ödemek sırasıyla %14,2'sinin arkadaş veya tanıdıklardan, %12,2'sinin kredi kartlarından, %6,7'sinin bankalardan, borç veya kredi kuruluşlarından %5,5'inin evin parasından, %4,6'sının akrabalarından borç aldığı; öğrencilerin %53'ünün hayatlarındaki insanların hiçbirinin geçmişte kumar sorunu olmadığı saptanmıştır.

Öğrencilerin genel olarak patolojik kumar oynama düzeyi düşük bulunmuştur. Ancak erkeklerde, 21-23 yaş aralığında, geliri 2000 TL üzeri olanlarda, babalarının eğitim düzeyi okuryazar / değil olanlarda patolojik kumarbazlık yüzdesinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin yaşamlarının büyük bölümünü geçirdikleri yere, birlikte yaşadıkları kişilere, ailelerinin gelir düzeyine ve annelerinin eğitim düzeyine göre patolojik kumarbazlık yüzdesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre BDÖ dikkat dürtüsellliği ve plan yapmama alt boyut puanları ve BDÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Erkeklerin BDÖ motor dürtüsellik, plan yapmama alt boyut ve BDÖ toplam puanlarının kadınlardan daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Öğrencilerin yaşlarına, gelir düzeylerine, birlikte yaşadıkları kişilere, ailelerinin gelir düzeyine, anne-babanın eğitim düzeyine göre BDÖ dikkat dürtüsellliği, motor dürtüsellik ve plan yapmama alt boyut puanları ve BDÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre YİPDÖ yapısal stil ve sosyal yeterlilik puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre kadınların, YİPDÖ gelecek alt boyut, kendilik algısı alt boyut, aile uyumu alt boyut ve sosyal kaynak alt boyut ve YİPDÖ toplam puanları erkeklerin puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Öğrencilerin yaşlarına, gelir düzeylerine göre YİPDÖ kendilik algısı, gelecek algısı, yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu ve sosyal kaynak alt boyut puanları ve YİPDÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Öğrencilerin gelirlerine göre YİPDÖ kendilik algısı alt boyutu ve toplam puanları bakımından geliri 2000 TL altı olanların puanlarının 2000 TL üstü olanların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Öğrencilerin birlikte yaşadıkları kişilere, ailelerinin gelir düzeyine, anne ve babalarının eğitim düzeylerine göre YİPDÖ kendilik algısı, gelecek, yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu ve sosyal kaynak alt boyut puanları ve YİPDÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Patolojik kumarbaz olan öğrencilerin BDÖ dikkat dürtüsellığı, motor dürtüsellik ve plan yapmama alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Patolojik kumarbaz olan öğrencilerin YİPDÖ kendilik algısı, gelecek algısı, yapısal stil, aile uyumu, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynak alt boyut puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin BDÖ dikkat dürtüsellığı alt boyut puanları ile YİPDÖ kendilik algısı alt boyut puanları arasında negatif yönde (zayıf) anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin BDÖ dikkat dürtüsellığı alt boyut puanları ile YİPDÖ gelecek alt boyut puanları arasında negatif yönde (orta) anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin BDÖ dikkat dürtüsellığı alt boyut puanları ile YİPDÖ yapısal stil alt boyut puanları arasında negatif yönde (zayıf) anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin BDÖ dikkat dürtüsellığı alt boyut puanları ile YİPDÖ sosyal yeterlilik alt boyut puanları arasında negatif yönde (zayıf) anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin BDÖ dikkat dürtüsellığı alt boyut puanları ile YİPDÖ aile uyumu alt boyut puanları arasında negatif yönde (zayıf) anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin BDÖ dikkat dürtüsellığı alt boyut puanları ile YİPDÖ sosyal kaynak alt boyut puanları arasında negatif yönde (zayıf) anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin BDÖ

dikkat dürtüselliği alt boyut puanları ile YİPDÖ toplam puanları arasında negatif yönde (orta) anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin BDÖ motor dürtüsellik alt boyut puanları ile YİPDÖ kendilik algısı alt boyut puanları arasında negatif yönde (zayıf) anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin BDÖ motor dürtüsellik alt boyut puanları ile YİPDÖ gelecek alt boyut puanları arasında negatif yönde (orta) anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin BDÖ motor dürtüsellik alt boyut puanları ile YİPDÖ yapısal stil alt boyut puanları arasında negatif yönde (zayıf) anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin BDÖ motor dürtüsellik alt boyut puanları ile YİPDÖ sosyal yeterlilik alt boyut puanları arasında negatif yönde (zayıf) anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin BDÖ motor dürtüsellik alt boyut puanları ile YİPDÖ aile uyumu alt boyut puanları arasında negatif yönde (zayıf) anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin BDÖ motor dürtüsellik alt boyut puanları ile YİPDÖ sosyal kaynak alt boyut puanları arasında negatif yönde (zayıf) anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin BDÖ motor dürtüsellik alt boyut puanları ile YİPDÖ toplam puanları arasında negatif yönde (zayıf) anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin BDÖ plan yapmama alt boyut puanları ile YİPDÖ kendilik algısı alt boyut puanları arasında negatif yönde (zayıf) anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin BDÖ plan yapmama alt boyut puanları ile YİPDÖ gelecek alt boyut puanları arasında negatif yönde (orta) anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin BDÖ plan yapmama alt boyut puanları ile YİPDÖ yapısal stil alt boyut puanları arasında negatif yönde (orta) anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin BDÖ plan yapmama alt boyut puanları ile YİPDÖ sosyal yeterlilik alt boyut puanları arasında negatif yönde (zayıf) anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin BDÖ plan yapmama alt boyut puanları ile YİPDÖ aile uyumu alt boyut puanları arasında negatif yönde (zayıf) anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin BDÖ plan yapmama alt boyut puanları ile YİPDÖ sosyal kaynak alt boyut puanları arasında negatif yönde (zayıf) anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin BDÖ plan yapmama alt boyut puanları ile YİPDÖ toplam puanları arasında negatif yönde (orta) anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin BDÖ toplam puanları ile YİPDÖ kendilik algısı alt boyut puanları arasında negatif yönde (orta) anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin BDÖ toplam puanları ile YİPDÖ gelecek alt boyut puanları arasında negatif yönde (orta) anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin BDÖ toplam puanları ile YİPDÖ yapısal stil alt boyut

puanları arasında negatif yönde (zayıf) anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır Öğrencilerin BDÖ toplam puanları ile YİPDÖ sosyal yeterlilik alt boyut puanları arasında negatif yönde (zayıf) anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin BDÖ toplam puanları ile YİPDÖ aile uyumu alt boyut puanları arasında negatif yönde (orta) anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin BDÖ toplam puanları ile YİPDÖ sosyal kaynak alt boyut puanları arasında negatif yönde (zayıf) anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin BDÖ toplam puanları ile YİPDÖ toplam puanları arasında negatif yönde (orta) anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Kumar oynama davranışını daha fazla sergileyen; erkek, 21-23 yaşındaki ve geliri daha yüksek olan üniversite öğrencileri gibi risk grupları belirlenerek bu gruplara özel koruyucu ve önleyici çalışmalar açısından, bireylere eğitimler planlanmalıdır.

Öğrencilerin çoğunluğu çalışma sürecinde kumar ile ilgili soruları cevaplarken bu oyun kumar değil gibi tepkiler verdikleri gözlemlendi ya da çalışmanın kavramları arasında kumar oynama davranışı olması nedeniyle çalışmaya katılmak istemediler. Öğrencilerin kumar kavramı algıları ile ilgili çalışmalar yürütülmesi önerilir.

Öğrencilerin çoğunun yakınlarından en az birinin kumar oynama problemi vardır. Bu durum aslında kumar kavramıyla iç içe olduklarını göstermektedir ve birçok öğrenci hayatında kumar oynama davranışı göstermiştir. Ancak bu davranışı devam ettiren öğrenci sayısı azdır. Bu durumun sorunlu kumar oynama davranışına dönüşmemesi amacıyla öğrencilere kumar ve oyun oynamak arasındaki farkları içeren eğitimler planlanmalıdır. Riskli gruplar yakından takip edilerek gerekirse aile ile iş birliği yapılması önerilir.

Kumar oynama düzeyi patolojik olan öğrencilerde dürtüsellik düzeyinin de yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar dürtüsellik ve kumar oynama davranışı arasında doğru orantı olduğunu göstermektedir. Bu nedenle dürtüsellığı yüksek olan öğrencilerin daha çok risk içeren davranışlara yöneldiği düşünülmektedir. Öğrencilerin dürtüsellik düzeyleri ölçülerek riskli davranışlara yatkınlığı araştırılmalı ve dürtüsellik düzeyi yüksek olan

öğrencilerin daha sıkı takip edilerek sorunların oluşması için önleme çalışmaları yapılması önerilir.

Kumar oynama düzeyi patolojik olan öğrencilerde psikolojik sağlamlık düzeyinin daha düşük olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar psikolojik sağlamlık ve kumar oynama davranışı arasında ters orantı olduğunu göstermektedir. Riskli gruptaki öğrenciler için özel gruplar oluşturularak psikolojik sağlamlığın yükseltilmesi için grup terapileri planlanması önerilir.

Kumar tarama testi olarak kullanılan SOKTT günümüz şartları içinde yetersiz kalmaktadır. Günümüzde kumar oynama davranışları daha çok sanal, internet üzerinde çevrimiçi olarak yürütülmektedir. Kumar oynama davranışlarını ve bağımlılık düzeylerinin ölçümü için yeni ölçüm araçlarının geliştirilmesi önerilir.

7. KAYNAKÇA

" Kumar Kavramı Ve Adlandırma." Ulusal Araştırma Konseyi, 1999. Patolojik Kumar: Eleştirel Bir İnceleme. Washington, DC: Ulusal Akademiler Basını. Doi: 10.17226 / 6329 Sayılı Belgeler.

Ainslie, G. (1975). Specious Reward: A Behavioral Theory Of İmpulsiveness And İmpulse Control. Psychological Bulletin, 1975;82(4), 463-496. [Http://Dx.Doi.Org/10.1037/H0076860](http://Dx.Doi.Org/10.1037/H0076860)

Albayrak S, Balcı S. (2014). Gençlerde Madde Bağımlılığı Ve Önlenmesi, Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi, 11; 30-37.

Altıntaş M. (2018). Kumar Oynama Bozukluğu Tanısı Olan Hastalarda Anksiyete, Depresyon, Ruminasyon Ve Dürtüsellik. Cukurova Medical Journal 2018;43(3):624-633.

Amerikan Psikiyatri Birliği, (2000). Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması Ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR). (Çeviri: Koroğlu E.) Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2000.

Amerikan Psikiyatri Birliği, (2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı (DSM-V), Tanı Ölçütleri El Kitabı. (Çeviri: Koroğlu E.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2013.

APA (1987) Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Revised 3rd Edition (DSM-III-R). Washington, DC, American Psychiatric Association

APA (1994) Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV). Washington, DC, American Psychiatric Association.

Aricak OT. (2019). Problematic Online Betting Among Turkish Adolescents Gambl Stud 35: 31. [Https://Doi.Org/10.1007/S10899-018-9793-8](https://doi.org/10.1007/S10899-018-9793-8).

Aydin, M., & Egemberdiyeva, A. (2018). Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik Sağlık Düzeylerinin İncelenmesi. Türkiye Eğitim Dergisi, 2018;3(1):37-53.

Barrett CL, Blaszczynski A, Braunlich C. Vd. (2003). Pathological Gambling A Critical Review. National Academy Press. [Https://Www.Nap.Edu/Catalog/6329.Html](https://www.nap.edu/catalog/6329.html)

Basım HN, Çetin F. (2011). Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Güvenilirlik Ve Geçerlilik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 22(2), 104-114.

Baumeister RF, Heatherton TF. (1996). Self-Regulation Failure: An Overview. Psychological Inquiry, 7(1), 1-15.

Bayındır G. (2018). Kumar Ve Şans Oyunlarına Toplumsal Bakış: Niğde Örneği. Millî Kültür Araştırmaları Dergisi (MİKAD) 2018; 2(2):58-83.

Bilgin Ç. (2015). Üniversite Öğrencilerinde Patolojik Kumar Oynamanın Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. [Http://Docs.Neu.Edu.Tr/Library/6501100619.Pdf](http://docs.neu.edu.tr/library/6501100619.pdf)

Blanco C, Myers J, Kendler KS. (2012) Gambling, Disordered Gambling And Their Association With Major Depression And Substance Use: A Web-Based Cohort And Twin-Sibling Study. Psychological Medicine. 2012; 42:497-508.

Bruce AC, Johnson JV. (1996). Decision-Making Under Risk: Effect Of Complexity On Performance. First Published August 1, 1996 [Https://Doi.Org/10.2466/Pr0.1996.79.1.67](https://doi.org/10.2466/pr0.1996.79.1.67)

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. [Https://Doi.Org/10.1556/2006.5.2016.073](https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.073)

Cenan, E. (2008). Bağımlılık: Bağımlı Aileleri Ve Onlarla Çalışan Uzmanlar İçin El Kitabı. Ankara: Şevkat Matbaacılık.

Chóliz M. (2016). The Challenge Of Online Gambling: The Effect Of Legalization On The Increase İn Online Gambling Addiction. J Gambl Stud. 2016; 32(2):749-756. Doi: 10.1007/S10899-015-9558-6.

Chowdhury NS, Livesey EJ, Blaszczynski A. V.D. (2017). Pathological Gambling And Motor Impulsivity: A Systematic Review With Meta-Analysis. J Gambl Stud 2017; 33, 1213–1239. <https://doi.org/10.1007/S10899-017-9683-5>

Christensen DR, Jackson AC, Dowling NA, Volberg RA, Thomas SA (2015) An Examination Of A Proposed DSM-IV Pathological Gambling Hierarchy İn A Treatment Seeking Population: Similarities With Substance Dependence And Evidence For Three Classification Systems. J Gambl Study, 31:787-805.

Clark L. (2014). Disordered Gambling: The Evolving Concept Of Behavioral Addiction. Ann.N.Y. Acad. Sci. 2014; 1327: 46-61.

Coşkun S. (2010). Bağımlılık Tedavisinde Hemşirelik. <http://www.ogelk.net/dosyadepo/hemsirebolum.pdf>

Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Raporu. (2009). Talih Ve Şans Oyunları İle Yarışlara İlişkin 2006 Ve 2007 Yılları Faaliyetlerinin Denetimi İle Söz Konusu Faaliyetlerden Kamu Hizmetlerine Ayrılan Payların Değerlendirilmesi, Sayı: 2, Ankara

Çakıcı M, Çakıcı E, Karaaziz M. (2015). Kuzey Kıbrıs'ta Sorun Ömür Ve Patolojik Kumarde Yaygınlık Ve Risk Faktörleri. J Gambl Stud 32, 11-23 (2016). <https://doi.org/10.1007/S10899-015-9530-5>

Çakıcı M. (2012). The Prevalence And Risk Factors Of Gambling Behavior İn Turkish Republic Of Northern Cyprus. Anatolian Journal Of Psychiatry 2012; 13(4):243-249.

Çakmak S, Tamam L. (2018). Kumar Oynama Bozukluğu: Genel Bir Bakış. Gambling Disorder: An Overview. Bağımlılık Dergisi – Journal Of Dependence. 2018; 19(3):78-97.

Çataloğlu B. (2011). Madde Kullanan Ve Kullanmayan Ergenlerin Psikolojik Sağlık Ve Aile İşlevleri Açısından Karşılaştırılması. Doctoral Dissertation. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. İzmir. <http://hdl.handle.net/20.500.12397/7157>

Çelik A. (2016). Spor Bahis Oyunlarına Katılımı Etkileyen Faktörler. Sportif Bakış: Spor Ve Eğitim Bilimleri Dergisi, 3 (2), 89-98.

Dailey SF, Gill CS, Karl S, Minton CAB. (2014). DSM-5 Learning Companion For Counselors. Alexandria: American Counseling Association.

Davis, R.A., (2001). A Cognitive-Behavioral Model Of Pathological Internet Use. Computers İn Human Behavior, 17. 187-195.

Dayıoğlu B. (2008). Resilience İn University Entrance Examination Applicants: The Role Of Learned Resourcefulness, Perceived Social Support And Gender. Yüksek Lisans Tezi. Orta Doğu Teknik Üniversitesi. Ankara. <http://etd.lib.metu.edu.tr/upload/2/12609845/index.pdf>

Demirci E, Özmen S, Öztop DB. (2016). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Erkek Çocuk Ve Ergenlerde Dürtüsellik Ve Serum Oksitosin İlişkisi: Bir Ön Çalışma 2016; 53: 291-295 Doi: 10.5152/Npa.2015.10284

Dennis M, Scott CK (2007) Managing Addiction As A Chronic Condition. Addict Scielin Pract, 4: 45–55.

Dennis ML, Scott CK, Funk R Ve Ark. (2005) The Duration And Correlates Of Addiction And Treatment Careers. J Subst Abuse Treat, 28 (Suppl. 1):51–62.

Derin S, Bilge F (2017). Patolojik Kumar Oynama: Bir Olgu Sunumu. Küreselleşen Dünyada Eğitim. 2017;(32):486-494. Doi:10.14527/9786053188407.32.

Effertz T, Bischof A, Rumpf HJ. Ve Ark. (2018). Eur J Health Econ 19: 967. <https://doi.org/10.1007/S10198-017-0945-Z>

Erdoğan E, Özdoğan Ö, Erdoğan M. (2015). Üniversite Öğrencilerinin Dayanıklılık Seviyesi: Cinsiyet Ve Fakültenin Etkisi. <https://doi.org/10.1016/J.Sbspro.2015.04.047>

Erel Ö, Gölge ZB. (2015). Üniversite Öğrencilerinde Riskli Davranışlar İle Çocukluk İstismarı, Dürtüsellik Ve Riskli Davranışlar Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2015; 16(3):189+.

Erel, Ö. (2013). Üniversite Öğrencilerinde Dürtüsellik, Riskli Davranışlar Ve İstismar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2015; 16:189-197. Doi: 10.5455/Apd.167082

Eysenck SBG, Eysenck HJ. (1977). The Place Of İmpulsiveness İn A Dimensional System Of Personality Description. 1977;16(1):57-68. <https://doi.org/10.1111/J.2044-8260.1977.Tb01003.X>

Fırat Y. (2015). Comparison Of Sociodemographic Characteristics And Problem Internet Use Of Problem Gamblers And Non-Gamblers Among University Students. (Master's Thesis, Near East University, , Social Sciences, Nicosia, Cyprus) Retrieved From. <http://docs.neu.edu.tr/library/6344578514.pdf>

Fidan H. (2016). Mobil Bağımlılık Ölçeği'nin Geliştirilmesi Ve Geçerliliği: Bileşenler Modeli Yaklaşımı. *Addicta: The Turkish Journal On Addictions*, 2016;3, 433–469.

Fong TW., (2005). The Biopsychosocial Consequences Of Pathological Gambling. *Psychiatry (Edmont)*. 2005;2:22-30.

Gainsbury S, Robertwood R, Russell A, Hinga H, Blaszczynski A. (2012). A Digital Revolution: Comparison Of Demographic Profiles, Attitudes And Gambling Behavior Of Internet And Non-Internet Gamblers. 2012; 28(4):1388-1398. <https://doi.org/10.1016/J.Chb.2012.02.024>

Gainsbury SM, Kral DL, Russell AMT, Delfabbro P, Hing N. (2015). Virtual Addictions: An Examination Of Problematic Social Casino Game Use Among At-Risk Gamblers. *Addictive Behaviors*. 2017; 64:334-339. <https://doi.org/10.1016/J.Addbeh.2015.12.007>

Gambling Participation İn 2017: Behaviour, Awareness And Attitudes Annual Report. February, 2018. www.gamblingcommission.gov.uk

Garnezy N. (1991). Resilience İn Children's Adaptation To Negative Life Events And Stressed Environments. *Pediatric Annals*, 1991;20(9):459–466.

Gizir CA. (2007). Psikolojik Sağlık, Risk Faktörleri Ve Koruyucu Faktörler Üzerine Bir Derleme Çalışması. *Türk Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Dergisi*, 2007;3(28):113–126

Goldstein AL, Faulkner B, Cunningham RM. V.D. (2013). A Latent Class Analysis Of Adolescent Gambling: Application Of Resilience Theory. *Int J Ment Health Addiction* 11, 13–30. <https://doi.org/10.1007/S11469-012-9396-Z>

González-Roz A, Fernández-Hermida JR, Weidberg S, Martínez-Loredo V, & Secades-Villa R, (2017). Prevalence Of Problem Gambling Among Adolescents: A Comparison Across Modes Of Access, Gambling Activities, And Levels Of Severity. *Journal Of Gambling Studies*, 33(2), 371–382. <https://doi.org/10.1007/S10899-016-9652-4>

Grant JE, Atmaca M, Fineberg NA, Fontenelle LF, Matsunaga H, Janardhan Reddy YC, Vd. (2014). Impulse Control Disorders And "Behavioural Addictions" İn The ICD-11. *World Psychiatry* 2014; 13:125-127.

Griffiths, M D (1995). Technological Addictions. *Clinical Psychology Forum*, 1195;76, 14–19.

Güleç G, Köşger F, Eşsizöğlü A, (2015). DSM-5'te Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches İn Psychiatry* 2015; 7(4):448-460 Doi: 10.5455/Cap.20150325081809

Güngörmüş K, Okanlı A, Kocabeyoğlu T. (2015). Hemşirelik Öğrencilerinin Psikolojik Dayanıklılıkları Ve

Etkileyen Faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2015;6(1):9-14. Doi:10.5505/Phd.2015.80299.

Hasin DS, O'Brein CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A Et Al. (2013) DSM-5 Criteria For Substance Use Disorders:Recommendations And Rationale. *Am J Psychiatry*, 170:834-851.

Hemşirelik Yönetmeliği. Resmi Gazete;08.03.2010/27515. <https://www.mevzuat.gov.tr/Mevzuatno=13830&Mevzuattur=7&Mevzuattertip=5>

Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete;19.04.2011/27910. <https://www.resmigazete.gov.tr/Eskiler/2011/04/20110419-5.htm>

Herman H, Stewart DE, Diaz-Granados N, Berger EL, Jackson B, Yuen T. (2011). What Is Resilience? *Canadian Journal Of Psychiatry*, 56 (5), 258 - 265.

Hodgins DC, Stea JN, Grant JE. (2011). Gambling Disorders. *Lancet*. 26 Kasım 2011; 378 (9806): 1874-84. Doi: 10.1016 / S0140-6736 (10) 62185-X.

Hollander E, Stein D. (2005). *Clinical Manual Of Impulse-Control Disorders*. Arlington, American Psychiatric Publishing. 2007; 252-258. <https://books.google.com.tr/>

Holst RJ, Brink W, Veltman DJ, Vd. (2010). Brain İmaging Studies İn Pathological Gambling. *Current Psychiatry Reports*. 2010; 12:418-425.

Hoşoğlu R, Kodaz AF, Bingöl TY, Batık MV. (2018). Öğretmen Adaylarında Psikolojik Sağlamlık. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 2018; 8(14):217-239 Doi:10.26466/Opus.405751.

Hunter AJ. (2001). A Cross-Cultural Comparison Of Resilience İn Adolescents. *J Pediatr Nurs*, 16:172-179.

Ioannidis K, Hook R, Wickham K. V.D. (2019). Impulsivity İn Gambling Disorder And Problem Gambling: A Meta-Analysis. *Neuropsychopharmacol*. 2019; 44, 1354–1361. <https://doi.org/10.1038/S41386-019-0393-9>

Jacelon C. (1997) The Trait And Process Of Resilience. *Journal Of Advanced Nursing* 25, 123–129. <https://doi.org/10.1046/J.1365-2648.1997.1997025123.X>

Kam SM, Wong ILK, So EMT, Un DKC, Chan CHW. (2017). Gambling Behavior Among Macau College And University Students. *Asian Journal Of Gambling Issues And Public Health*, 7(1), 2. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1186/S40405-017-0022-7>

Karim R, Chaudhri P. (2012). Behavioral Addictions: An Overview. *J Psychoactive Drugs*. 2012;44:5-17.

Kasatura İ. (1998). *Gençlik Ve Bağımlılık*. İstanbul: Evrim Yayınevi. İstanbul.

Kaya B. (2004). İnönü Üniversitesi Öğrencilerinde Kumar Oynama Davranışı, Patolojik Kumar Yaygınlığı Ve İlişkili Etmenler (Tıpta Uzmanlık Tezi, İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Malatya) <https://tez.yok.gov.tr/Ulusaltezmerkezi/Tezorgusonucyeni.jsp>

Kaya Y, Şahin N. (2013). Kadınlarda Madde Kullanımı Ve Hemşirenin Rolü, *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 10; 3-7.

Kılıç T. (2006). Şans Oyunları Kurumlarında Sosyal Sorumluluk. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi. *Sosyal Bilimler Dergisi/Journal Of Social Sciences*, 2009;2:50-69.

Koç T, Koç H, Ulaş E. (2017). Üniversite Öğrencilerinin Kötü Alışkanlıklarının Bayesci Ağ Yöntemi İle Belirlenmesi. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2017; 26(3):230-240.

L'Abate L. (1993). A Family Theory Of İmpulsivity. In *The Impulsive Client* (Eds WG Mccown, JL Johnson, MB Shure):93-117. Washington DC, American Psychological Association, 1993.

Laplante DA, Nelson SE, Labrie RA, Shaffer HJ. (2010). Disordered Gambling, Type Of Gambling And Gambling İnvolvement İn The British Gambling Prevalence Survey 2007. *Eur J Public Health*. 2011; 21:532-

Leeman RF, Potenza MN. Similarities And Differences Between Pathological Gambling And Substance Use Disorders: A Focus On Impulsivity And Compulsivity. *Psychopharmacology*. 2012; 219: 469-490.

Lesieur HR, Rosenthal RJ. Pathological gambling: A review of the literature (prepared for the American Psychiatric Association task force on DSM-IV committee on disorders of impulse control not elsewhere classified). *J Gambling Stud* 7, 5–39 (1991). <https://doi.org/10.1007/BF01019763>

Liu TC, Desai RA, Krishnan-Sarin S Ve Ark. (2011) Problematic Internet Use And Health İn Adolescents: Data From A High School Survey İn Connecticut. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 72(6): 836-845.

Lorains FK, Cowlishaw S, Thomas SA. (2011). Prevalence Of Comorbid Disorders İn Problem And Pathological Gambling: Systematic Review And Meta-Analysis Of Population Surveys. *Society For The Study Of Addiction*. 2011 Mar;106(3):490-8 Doi: 10.1111 / J.1360-0443.2010.03300.X

Lussier I, Derevensky JL, Gupta R, Bergevin T, Ellenbogen S. (2007). Youth Gambling Behaviors: An Examination Of The Role Of Resilience. *Psychology Of Addictive Behaviors*, 21(2), 165-173. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.21.2.165>

Luthar S, Cicchetti D, Becker B. (2000). The Construct Of Resilience: A Critical Evaluation And Guidelines For Future Work. *Child Development*, 2000;71(3):543–562.

Martins SS, Storr CL, Lee GP, Et Al. (2013). Environmental Influences Associated With Gambling İn Young Adulthood. *Journal Of Urban Health: Bulletin Of The New York Academy Of Medicine*. 2013; 90:130-140.

Masten AS, Reed MGJ. (2002). Resilience In Development. In: Snyder CR, Lopez SJ. Ve Ark. *Handbook Of Positive Psychology*. 2002(1). New York: Oxford University Press.

Masten AS. (2011). Resilience In Children Threatened By Extreme Adversity: Frameworks For Research, Practice And Translational Synergy. *Development And Psychopathology*, 2011;23:493–506.

Mestre-Bach G, Steward T, Granero R. V.D. (2020). Dimensions Of Impulsivity İn Gambling Disorder. *Sci Rep* 2020; 10, 397. <https://doi.org/10.1038/S41598-019-57117-Z>

Mishra S, Beshai S, Wuthb A, Refaieb N. (2018). Risk And Protective Factors İn Problem Gambling: An Examination Of Psychological Resilience. *Faculty Of Business Administration, University Of Regina, Regina, Canada; International Gambling Studies* 2019; 19(2):241–264. <https://doi.org/10.1080/14459795.2018.1545242>

Moeller G, Barratt ES, Dougherty DM, Swann AC, Schmitz JM. (2001). Psychiatric Aspects Of Impulsivity. *American Journal Of Psychiatry* 2001;158(11):1783-93. Doi:10.1176/Appi.Ajp.158.11.1783.

Newman R. (2005). APA's Resilience Initiative. *Professional Psychology: Research And Practice*, 2005;36(3):227–229.

Nowak, D. E. (2017). A Meta-Analytical Synthesis And Examination Of Pathological And Problem Gambling Rates And Associated Moderators Among College Students, 1987–2016. *Journal Of Gambling Studies*, 34(2), 465–498. <https://doi.org/10.1007/S10899-017-9726-Y>

Nowak, D. E., & Aloe, A. M. (2014). The Prevalence Of Pathological Gambling Among College Students: A Meta-Analytic Synthesis, 2005–2013. *Journal Of Gambling Studies*, 30(4), 819–843. <https://doi.org/10.1007/S10899-013-9399-0>

Odabaşoğlu G, Öztürk Ö, Genç Y, Pektaş Ö, (2007). On Olguluk Bir Seri İle İnternet Bağımlılığı Klinik Görünümleri. *Bağımlılık Dergisi*, 8(1), S. 46-51.

Oei TPS, Goh Z. (2015). Interactions Between Risk And Protective Factors On Problem Gambling İn Asia. *J Gambl Stud* 31, 557–572. <https://doi.org/10.1007/S10899-013-9440-3>

Ögel K, Evren C, Karadağ F, Gurol TD. (2012). Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) Geliştirilmesi, Geçerlik Ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 23(4):264-273.

Ögel K. (2015). Bağımlı Aileleri İçin Rehber Kitap (2. Baskı), İstanbul: Türkiye İş Bankası Yayınları. İstanbul.

Ögel, K. (2010). Sigara, Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi Ve Önleme. İstanbul: Yeniden Yayınları.

Öz F, İnci F, Bahadır E. (2009). Hemşirelik Öğrencilerinin Ölüm Kaygısı İle Psikolojik Sağlamlık Düzeyleri. 3. Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı (S.98). D. Ü. Sağlık Yüksekokulu, Akçakoca. https://www.phdernet.org/wp-content/uploads/2015/12/III.UPHK_Ozet_Kitabi.Pdf

Özdemir PG, Selvi Y, Aydın A. (2012). Dürtüsellik Ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.- Impulsivity And Its Treatment. Current Approaches İn Psychiatry* 2012;4(3):293-314. Doi:10.5455/Cap.20120418

Pallesen S, Mitem M, Kvale G, Johnsen BH, Molde H, (2005). Outcome Of Psychological Treatments Of Pathological Gambling: A Review And Meta-Analysis. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01204.x>

Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. (1995). Factor Structure Of The Barratt Impulsiveness Scale. *J Clin Psychol* 1995; 51:768-774.

Petry NM, Stinson FS, Grant BF. (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, 564-574.

Pınarcı G. (2014), Üniversite Öğrencilerinde Kumar Oynama, Patolojik Kumar Bağımlılığı Ve İlişkili Karakter Özellikleri. Yüksek Lisans Tez Çalışması. <https://tez.yok.gov.tr/Ulusaltezmerkezi/Tezsorgusonucyeni.jsp>

Potenza MN. (2006). Should Addictive Disorders Include Non-Substance-Related Conditions? *Addiction*. 2006; 101:142-151.

Potenza MN. The Neural Bases Of Cognitive Processes İn Gambling Disorder; *Cogn Sci*. 2014; 18(8):429-438.

Pricewaterhousecoopers. Global Oyun Görünümü. (2015). http://www.pwc.com/en_gx/gx/entertainment-medya/yayinlar/kuresel-kumar-outlook.jhtml

Rachlin H. (2000). The Science Of Self Control. Cambridge, Mass, Harvard University Press. 2004; 158-164. <https://books.google.com.tr/>

Rutten BPF, Hammels C, Geschwind N, Menne-Lothmann C, Pishva E, Schruers K, Ve Ark. (2013). Resilience İn Mental Health: Linking Psychological And Neurobiological Perspectives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2013;128:3–20.

Sancho M, Gracia M, Granero R, González-Simarro S, Sánchez I, Fernández-Aranda F, Vd. (2019). Differences İn Emotion Regulation Considering Gender, Age, And Gambling Preferences İn A Sample Of Gambling Disorder Patients. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00625>

Sarwar M, Inamullah H, Khan N, Anwar N. (2010). Resilience And Academic Achievement Of Male And Female Secondary Level Students İn Pakistan. *Journal Of College Teaching & Learning (TLC)*, 7(8). <https://doi.org/10.19030/tlc.v7i8.140>

Schreiber NLR, Odlaug BL, Grant JE. (2011). Recreational Gamblers With And Without Parental Addiction. *Journal Of Psychiatry Research*, 196, 290–295

Schuckit MA (2013) Editor's Corner: DSM-5-Ready Or Not, Here It Comes. *J Stud Alcohol Drugs*, 74: 661-663. Uluğ B (2013). DSM-5 Ne Getiriyor: Bize Ve Hastalarımıza. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(2):İ.

Shaffer HJ, Laplante DA, Labrie R, Et Al. (2004). Toward A Syndrome Model Of Addiction: Multiple Expressions, Common Etiology. *Harv Rev Psychiatry*. 2004; 12:367-374.

Slutske WS. (2006). Natural Recovery And Treatment-Seeking İn Pathological Gambling: Results Of Two National Surveys. *Am J Psychiatry*. 2006; 163:297–302.

Surís JC, Akre C, Petzold A, Berchtold A, Simon O. (2011). La Problématique Des Jeux D'argent Chez Les Adolescents Du Canton De Neuchâtel. *Canton De Neuchâtel (Raisons De Santé, 192) 'deki Ergenlik Çağındaki Gençler*. Lozan: Institut Universitaire De Médecine Sociale Et Préventive. https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_9CE0DA18B484.P001/REF.Pdf

Tamam L. (2015). Impulse Control Disorders: DSM-5 And Beyond. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2015; 16(5):İ-İi.

Tarhan N, Nurmedov S. (2011). Bağımlılık: Sanal Veya Gerçek. İstanbul: Timaş Yayınları. 2011;7. İstanbul.

Taylan S. (2009). Özerklik İlkesi Çerçevesinde Hemşirenin Bağımsız Rollerini. Yüksek Lisans Tezi. <https://library.cu.edu.tr/tezler/7377.Pdf>

Townsend MC. (2015). Substance-Related Disorders. *Essentials Of Psychiatric Mental Health Nursing. Concepts Of Care İn Evidence-Based Practice. Fifth Edition*, P:267-271.

Uzay İT. (2009). Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler Ve Bağımlılık Yapan Maddeler. *Türk Eczacılar Birliği Yayını/Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi: Sayı:21-22, S:5-15*

Vayısoğlu K, Öncü SE, Güven Y. (2019). Üniversite Öğrencilerinde Kumar Oynama Sıklığı Ve Heyecan Arama Davranışı İle İlişkisi. *Addicta: The Turkish Journal On Addictions*, 6, 69–90. <http://dx.doi.org/10.15805/Addicta.2019.6.1.0041>

Volberg RA, Gupta R, Griffiths MD, Olason DT, Vd. (2010). An International Perspective On Youth Gambling Prevalence Studies. *Int J Adolesc Med Health*. 2010; 22:3-38.

Wareham JD, Potenza MN, (2010). Pathological Gambling And Substance Use Disorders. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2010; 36:242-247.

Weiland BJ, Nigg JT, Welsh RC, Yau WY, Ve Ark. (2012). Resiliency İn Adolescents At High Risk For Substance Abuse: Flexible Adaptation Via Subthalamic Nucleus And Linkage To Drinking And Drug Use İn Early Adulthood. *Alcohol Clin Exp Res* 2012;36:1355-64.

www.turkdilkurumu.gov.tr / <https://sozluk.gov.tr/?kelime=Ba%20ml%20B11%20B1k>

Yan W, Zhang R, Lan Y, Vd. (2016). Comparison Of Impulsivity İn Non-Problem, At-Risk And Problem Gamblers. *Sci Rep* 2016; 6, 39233 <https://doi.org/10.1038/srep39233>

Yau YH, Potenza MN., (2015). Gambling Disorder And Other Behavioral Addictions. Recognition And Treatment. *Harv Rev Psychiatry*. 2015;23:134-46.

Yazıcı K, Yazıcı AE. (2010). Dürtüselliğin Nöroanatomik Ve Nörokimyasal Temelleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010; 2:254-280.

8. EKLER

8.1. Ek-I: Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

ÇALIŞMANIN ADI: ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE KUMAR OYNAMA DAVRANIŞININ; DÜRTÜSELLİK DÜZEYLERİ İLE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir. Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Üniversitede öğrenim gören öğrencilerin kumar oynama davranışları, dürtüsellik ve psikolojik sağlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Bu çalışmaya katıldığınız durumda size 4 adet form ve ölçek verilecektir. İlk form sizin yaşam tarzınızı belirlemek amacıyla, diğer ölçekler sosyal özelliklerinizle alakalı sorular bulunmaktadır. Lütfen soruları eksiksiz ve doğru verilerle doldurunuz. Bilgileriniz sadece araştırmacı tarafından görülecektir. Araştırmaya katılmak için gönüllülük esas alınacaktır. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışmaya katılmak, literatüre bu konular hakkında destek sağlayarak veri eklememize yardımcı olacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

İsim, soyisim ve sizi deşifre edecek gizli bilgiler kullanılmayacak ve açıklanmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

Hem. Betül ŞİRAN 0543 955 43 39
Prof. Dr. Besti ÜSTÜN

Çalışmaya Katılma Onayı

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

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Vasi (var ise) Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

8.2. Ek-II: Tanımlayıcı Bilgi Formu

1. Cinsiyet:

Kadın Erkek

2. Yaş:

3. Medeni durum:

Evli Bekar İlişkim var

4. Maddi Kaynağınız Nedir?

Tam zamanlı Part-time Çalışmıyor Burs-Kredi

5. Gelir Düzeyiniz Nedir?

1000 TL ve altı 1000-2000 TL 2000-3000 TL 3000 TL ve üstü

6. Ailenizin Gelir Düzeyi Nedir?

Asgari ücret ve altı Asgari ücret- 5000 TL 5000 TL ve üstü

7. Yaşamınızın büyük bölümünü nerede geçirdiniz?

Köy-Kasaba İlçe İl Büyükşehir

8. Aile biçiminiz nedir?

Geniş Aile Çekirdek Aile Anne-Baba Ayrı Anne-Baba Yok

9. Şu an ikamet ettiğiniz yer:

Ev Yurt

10. Şu an kimlerle yaşıyorsunuz?

Aile Akraba Arkadaş Yalnız

11. En son mezun olduğunuz okul nedir?

Lise Önlisans Lisans

12. Herhangi bir sağlık sorununuz var mı?

Fiziksel Psikiyatrik Yok

13. Sigara Kullanımı: Var Yok

Varsa Belirtiniz:.....Günde/.....Paket Adet

14. Alkol Kullanımı: Var Yok Bir kez denedim

Varsa belirtiniz:Günde-Haftada-Ayda/.....Kadeh-Duble-50cc

15. Madde Kullanımı: Var Yok Bir kez denedim

Varsa Belirtiniz:

Esrar/Bonzai/Eroin/Kokain/diğer maddelerGün/Hafta/Ay-.....Adet

16. Annenizin eğitim düzeyi aşağıdakilerden hangisidir?

Okur yazar değil Okur yazar İlkokul Ortaokul Lise
Yüksek Okul Üniversite Yüksek Lisans Doktora

17. Babanızın eğitim düzeyi aşağıdakilerden hangisidir?

Okur yazar değil Okur yazar İlkokul Ortaokul Lise
Yüksek Okul Üniversite Yüksek Lisans Doktora

18. Ne kadar süredir internet kullanıyorsunuz?

Telefon Bilgisayar

19. Telefon, tablet veya bilgisayar üzerinden oyun oynar mısınız?

Evet Hayır

Evet ise hangi sıklıkla olduğunu belirtiniz:

8.3. Ek-III: South-Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT)

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

	Hiç	Haftada bir kereden az	Haftada bir kere veya daha fazla
At yarışı			
Parasına Kâğıt Oyunları (yanık, poker gibi)			
Parasına Okey			
Parasına Zar Oyunları (barbut gibi)			
Horoz Dövüşü			
Spor-Toto veya Spor-Loto			
Sayısal-Loto			
Kazı-Kazan			
Milli Piyango			
Borsada Oynama			
Casino Oyunları			
Parasına Beceri İsteyen Oyunlar Oynama (Bilardo gibi)			

Yukarıda Belirtilmeyen Başka Kumar Çeşitleri

(Lütfen Yazınız: _____)

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

_____ TL

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

Baba

Anne

Kardeşler

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

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

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

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

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

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

- Hayır Evet, geçmişte fakat şimdi değil Evet

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

- Evet, oldu Hayır, olmadı

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

- Evet, oldu Hayır, olmadı

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

- Evet, oldu Hayır, olmadı

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

- Evet, oldu Hayır, olmadı

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

- Evet, oldu Hayır, olmadı

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

Evet, oldu Hayır, olmadı

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

Evet, oldu Hayır, olmadı

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

Evet, oldu Hayır, olmadı

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

Evet, oldu Hayır, olmadı

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

a. Evin parasından

b. Akrabalarınızdan

c. Bankalardan, borç veya kredi kuruluşlarından

d. Kredi kartlarından

e. Tefecilerden

f. Şahsi veya ailevi eşya veya malları satma

g. Arkadaş veya tanıdıklardan

h. Altın, mücevher gibi birikimleri paraya çevirme

j. Bahisçiye borçlanma

k. Kumarhaneye (kahvehane ya da kulüp sahibine) borçlanma

8.4. Ek-IV: Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ)

SİZE UYGUN KUTUCUĞA X İŞARETLEYİNİZ	NADİREN/ HİÇ BİRZAMAN	BAZEN	SIKLIKLA	HEMEN HER ZAMAN/ HERZAMAN
1. İşlerimi dikkatle planlarım				
2. Düşünmeden iş yaparım.				
3. Hızla karar veririm.				
4. Hiç bir şeyi dert etmem.				
5. Dikkat etmem.				
6. Uçuşan düşüncelerim var.				
7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım.				
8. Kendimi kontrol edebilirim.				
9. Kolayca konsantre olurum.				
10. Düzenli para biriktiririm.				
11. Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam.				
12. Dikkatli düşünen biriyim.				
13. İş güvenliğine dikkat ederim.				
14. Düşünmeden bir şeyler söylerim.				
15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim.				
16. Sık sık iş değiştiririm.				
17. Düşünmeden hareket ederim.				
18. Zor problemler çözmem gerektiğinde kolay sıkılırım.				
19. Aklıma estiği gibi hareket ederim.				
20. Düşünerek hareket ederim.				
21. Sıklıkla evimi değiştiririm.				
22. Düşünmeden alışveriş yaparım.				
23. Aynı anda sadece tek bir şey düşünebilirim.				
24. Hobilerimi değiştiririm.				
25. Kazandığımdan daha fazla harcarım.				
26. Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur.				
27. Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim.				
28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam.				
29. Yap-boz /puzzle çözmeyi severim.				
30. Geleceğini düşünen biriyim.				

8.5. Ek-V: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YİPDÖ)

Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği

1. Beklenmedik bir olay olduğunda...										Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
Her zaman bir çözüm bulurum										
2. Gelecek için yaptığım planların...										Başarılması mümkündür
Başarılması zordur										
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...										Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda										
4. ...olmaktan hoşlanıyorum										Kendi başıma
Diğer kişilerle birlikte										
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...										Benimkiyle aynıdır
Benimkinden farklıdır										
6. Kişisel konuları ...										Arkadaşlarımla/Aile-üeleriyle tartışabilirim
Hiç kimseyle tartışmam										
7. Kişisel problemlerimi...										Nasıl çözebileceğimi bilirim
Çözmem										
8. Gelecekteki hedeflerimi...										Nasıl başaracağımı bilirim
Nasıl başaracağımdan emin değilim										
9. Yeni bir işe/projeye başladığımda ...										Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım										
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak										Çok önemlidir
Önemli değildir										
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissedirim										Çok mutsuz
Çok mutlu										
12. Beni ...										Hiç kimse cesaretlendiremez
Bazı yakın arkadaşlarım/aile üelerim cesaretlendirebilir										
13. Yeteneklerim...										Konusunda emin değilim
Olduğuna çok inanırım										
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum										Belirsiz
Ümit verici										
15. Şu konuda iyiyimdir...										Zamanımı harcama
Zamanımı planlama										
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir										Yapmakta zorlandığım
Kolayca yapabildiğim										

17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...	
Birbirinden bağımsız	Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımın arasındaki ilişkiler ...	
Zayıftır	Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...	
Çok fazla güvenmem	Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...	
Belirsizdir	İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...	
Günlük yaşamımda yoktur	Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...	
Benim için zordur	Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...	
Geleceğe pozitif bakar	Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...	
Bana hemen haber verilir	Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken	
Kolayca gülerim	Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:	
Birbirlerini desteklemez biçimde	Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım	
Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden	Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır	
Her şeyi umutsuzca gören bir	Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...	
Zordur	Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...	
Bana yardım edebilecek kimse yoktur	Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...	
Başa çıkmaya çalışırım	Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...	
İşleri bağımsız olarak yapmayı	İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri ...	
Yeteneklerimi beğenirler	Yeteneklerimi beğenmezler

8.6. Ek-VI: Özgeçmiş

Adı Soyadı : Betül ŞİRAN
Doğum Yeri ve Tarihi : Çankaya 09.06.1994
Yabancı Dili : Almanca-Başlangıç Seviyesi
Telefon : 0543 955 43 39
E-Posta : betulsiran@gmail.com

Eğitim Durumu:

Lise : Ankara Anadolu Lisesi
Lisans Bölümü : Giresun Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Fakültesi – Hemşirelik Bölümü
Yüksek Lisans Anabilim Dalı : Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Programı

İş Tecrübesi: Özel Avrupa Göz Dal Sağlığı Merkezi / İzmir – Ameliyathane Hemşireliği
(2016-2017)

İstanbul Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
(2017-)

Yayın: Yılmaz EB, Ayvat İ, Şiran B “Hastanede Yatan Hastalarda Sağlık Anksiyetesi ile Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları Arasındaki İlişki”, Fırat Tıp Dergisi Cilt 23, Sayı 1, 2018.