



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BAĞIMLILIK DANIŞMANLIĞI VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI
BAĞIMLILIK DANIŞMANLIĞI VE REHABİLİTASYON
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KUMAR OYNAMA BOZUKLUĞU TANILI HASTALARDA
NARSİSTİK KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ İLE YARDIM ARAMA
DAVRANIŞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Meral KOÇ ÖZDAĞ

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Cemal Onur NOYAN**

İSTANBUL-2022

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BAĞIMLILIK DANIŞMANLIĞI VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI
BAĞIMLILIK DANIŞMANLIĞI VE REHABİLİTASYON
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

KUMAR OYNAMA BOZUKLUĞU TANILI HASTALARDA NARSİSTİK
KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ İLE YARDIM ARAMA DAVRANIŞI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Meral KOÇ ÖZDAĞ

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Cemal Onur NOYAN

İSTANBUL-2022

ÖZET

KUMAR OYNAMA BOZUKLUĞU TANILI HASTALARDA NARSİSTİK KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ İLE YARDIM ARAMA DAVRANIŞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Yürüttüğümüz araştırma; kumar oynama bozukluğu tanılı hastalarda kumar bağımlılığı şiddetiyle narsistik kişilik bozukluğu arasında ilişkiyle yardım arama davranışı arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamıştır. NP İstanbul Beyin Hastanesi ve Yeşilay Danışmanlık Merkezi'nde (YEDAM) tedavi gören kumar oynama bozukluğu tanılı olan hastalara ve sosyal medya aracılığı ile gönüllü olarak katılım sağlamak isteyen kişiler üzerinden yürütülmüştür. Araştırmada yer alan 42 katılımcının cinsiyet değişkenine göre dağılımları; 7 (%16.7) kadın ve 35 (%83.3) erkek olduğu görülmektedir. Örneklem grubuna sırasıyla; demografik bilgi formu, South Oaks Kumar Tarama Tesri(SOKTT), Narsistik Kişilik Envanteri(NKE) ve Tedavi Motivasyonu Anketi(TMA) formu uygulanmıştır.

Elde edilen bilgilerin analizi için; SPSS (Statistical Package Program for Social Science) version 21.0 programı kullanılmıştır. Sosyodemografik Veri Formu'nda yer alan değişkenlerin dağılımlarını tespit etmek amacıyla Frekans Analizi kullanılmıştır. Uygulanan ölçekler ile Sosyodemografik Veri Formunda yer alan değişkenler arasındaki farklılığı saptamak için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve Bağımsız t-Testi Analizinden yararlanılmıştır. Ölçeklerin kendi aralarındaki ilişkiyi tespit edebilmek amacıyla ise Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak bulunmuştur.

Pearson Korelasyon Analizi sonuçlarına göre, kumar bağımlılığı şiddetiyle narsistik kişilik bozukluğu arasında bir ilişki bulunamamıştır. Narsistik özelliklere sahip kumar bağımlılarının Pearson Korelasyon analizi sonuçlarına göre yardım arama davranışı sergiledikleri görülmüştür. Araştırma sonucunda elde edilmiş bulguların, bu ve benzeri konulara yönelik yapılmak istenen çalışmalara yol göstereceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kumar oynama bozukluğu, Narsistik kişilik özellikleri, yardım arama davranışı, narsizm

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN NARCISSISTIC PERSONALITY TRAITS AND HELP-SEEKING BEHAVIOR IN PATIENTS WITH GAMBLING DISORDER

Our research aimed to examine the relationship between narcissistic personality traits and help-seeking behaviour in patients with gambling disorder. The study was conducted on patients diagnosed with gambling disorder who are being treated at NP Istanbul Brain Hospital and Green Crescent Counselling Center (YEDAM) and people who want to participate voluntarily through social media. It is seen that the distribution of 42 participants in the study according to the gender variable is 7 (16.7%) female and 35 (83.3%) male. Demographic information form, South Oaks Gambling Screening Test (SOCTT), Narcissistic Personality Inventory (NCI) and Treatment Motivation Questionnaire (TMA) forms were applied to the sample group, respectively.

SPSS (Statistical Package Program for Social Science) version 21.0 program was used for the analysis of the information obtained. Frequency Analysis was used to determine the distribution of the variables in the Sociodemographic Data Form. One-Way Analysis of Variance (ANOVA) and Independent t-Test Analysis were used to determine the difference between the applied scales and the variables in the Sociodemographic Data Form. Pearson Correlation Analysis was used to determine the relationship between the scales. Significance level was found as $p < 0.05$ in all analyses.

According to the results of Pearson Correlation Analysis, no relationship was found between Narcissism and gambling addiction. In accordance with the results of Pearson Correlation analysis, it was observed that gambling addicts with narcissistic characteristics exhibit help-seeking behaviour. It is thought that the findings obtained as a result of the research will guide the studies to be done on this and similar topics.

Keywords: Gambling disorder, Narcissistic personality traits, help-seeking behaviour, narcissism

TEŞEKKÜR

Tezimin her aŐamasında desteğini esirgemeyen tez danıŐmanın Doç. Dr. Cemal Onur Noyan'a teşekkür ederim.

Tezim için veri toplama imkanı sunan YEDAM (Ümraniye, Üsküdar ve Yedikule Yedam'a) ailesine teşekkür ederim.

Veri toplama sürecinde ve tez sürecinde stresli olduğum her an desteğini esirgemeyen sevgili arkadaşım Klinik Psikolog Gizem Tok'a çok teşekkür ederim.

Her an yanımda olan sevgili aileme ve daima arkamda hep destekçi olan sevgili eŐim Anıl Özdağ'a çok ama çok teşekkür ederim.

Son olarak; candan öte olan canım ikizim Merve Koç'a kocaman teŐekkürlerimi sunarım.

BEYAN FORMU

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, tarafımdan üretildiğini ve Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim

14.11.2022

Meral KOÇ ÖZDAĞ

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
BEYAN FORMU	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLOLAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Bağımlılık kavramı ve kumar oynama bozukluğu.....	3
2.1.1. Bağımlılık kavramı	3
2.2. Kumar oynama bozukluğu.....	4
2.2.1. Kumar oynama bozukluğu tanımı ve özellikleri.....	4
2.2.2. DSM-5 ve tanı kriterleri.....	5
2.2.3. Kumar bağımlılığının epidemiyolojisi.....	6
2.2.4. Kumar bağımlılığı etiyojisi.....	7
2.2.5. Kumar oynama bozukluğu ve eş tanı.....	8
2.3. Narsistik kişilik bozukluğu	9
2.3.1. Narsisizmin tanımı ve özellikleri.....	9
2.3.2. Narsistik kişilik bozukluğu etiyojisi	10
2.3.3. Narsistik kişilik bozukluğu epidiyojisi	11
2.3.4. Narsistik kişilik bozukluğu DSM- 5 tanı kriterleri:	12
2.3.5. Narsistik kişilik özelliklerinin kumar oynama bozukluğu ile ilişkisini inceleyen araştırmalar	13
2.4.1. Yardım arama davranışı.....	15

2.4.2. Narsistik kişilik özellikleri ve yardım davranışı arasındaki ilişki.....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	18
3.1. Araştırmanın tipi	18
3.2. Araştırmanın modeli	18
3.3. Araştırmanın yeri ve zamanı.....	18
3.4. Araştırmanın evren ve örnekleme	18
3.5. Veri toplama araçları	18
3.5.1. Sosyodemografik veri formu	19
3.5.2. South oaks kumar tarama testi (SOKTT)	19
3.5.3. Narsistik kişilik envanteri (NKE)	19
3.5.4. Tedavi motivasyonu anketi (TMA)	20
4. BULGULAR.....	21
4.1 Güç analizi	21
4.2 Örneklemin incelenmesi	21
4.3. Ölçeklerin normallik dağılımları	25
4.4 Katılımcıların kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeylerine ilişkin bulgular	26
4.5 Kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi ile cinsiyet arasındaki ilişkinin incelenmesi	27
4.6 Kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi ile eğitim düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	28
4.7 Kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi ile medeni durum arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	31
4.8 Kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi ile çalışma durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	33
4.9 Kumar Bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi ile aylık gelir düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	34
4.10 Kumar Bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi ile psikolojik rahatsızlık arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	36

4.11 Kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi ile psikolojik tedavi arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	38
4.12 Kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi ile yaş arasındaki ilişkinin incelenmesi	39
4.13 Kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi	40
5. TARTIŞMA.....	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	49
KAYNAKLAR	51
EKLER	56
Ek 1. Demografik bilgi formu.....	56
Ek 2. South oaks kumar tarama testi(SOKTT)	58
Ek 3. Narsistik kişilik envanteri(NKE).....	61
Ek 4. Tedavi motivasyonu anketi(TMA)	62
Ek 5. Etik kurul onayı	63
Ek 6. YEDAM onayı	64
Ek 7. Hastane onayı	65

TABLULAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1: Örneklemeye ait tanımlayıcı istatistik bulgular.....	22
Tablo 2: Örneklememin son 1 yıl içerisinde kullandıkları maddeler ve maddelerin kullanım sıklıklarına ait tanımlayıcı istatistik bulgular.....	23
Tablo 3: Katılımcılara ait yaş ortalamaları.....	25
Tablo 4: Ölçeklerin normallik testi sonuçları.....	26
Tablo 5: Ölçeklerin puan ortalamaları ve puan aralıkları.....	26
Tablo 6: Örneklememin kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi puanları ile cinsiyet arasındaki ilişkiye ait t-testi sonuçları.....	27
Tablo 7: Örneklememin kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi puanları ile eğitim düzeyi arasındaki ilişkiye ait ANOVA sonuçları.....	29
Tablo 8: Örneklememin kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi puanları ile medeni durum arasındaki ilişkiye ait ANOVA sonuçları.....	31
Tablo 9: Örneklememin kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi puanları ile çalışma durumu arasındaki ilişkiye ait t-testi sonuçları.....	33
Tablo 10: Örneklememin kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi puanları ile aylık gelir düzeyi arasındaki ilişkiye ait ANOVA sonuçları.....	35
Tablo 11: Örneklememin kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi puanları ile psikolojik rahatsızlık arasındaki ilişkiye ait t-testi sonuçları.....	37
Tablo 12: Örneklememin kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi puanları ile psikolojik tedavi arasındaki ilişkiye ait t-testi sonuçları.....	38
Tablo 13: Örneklememin ölçek puanlarının yaş ile arasındaki ilişkinin korelasyon analizi sonuçları.....	39
Tablo 14: Ölçekler arasındaki ilişkinin korelasyon analizi sonuçları.....	41

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 1: Güç analizi.....21



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

YEDAM: Yeşilay Danışmanlık Merkezi

SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi

NKE: Narsistik Kişilik Envanteri

TMA: Tedavi Motivasyon Anketi

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

PKO: Patolojik Kumar Oynama

DSM- 4: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

TUBİM: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi

1. GİRİŞ

Patolojik kumar oynama davranışı artan bir halk sağlığı problemidir. Kumar bağımlılığı davranışsal bir bağımlılıktır ve zamanla beyindeki dur-git diyen mekanizma bozulmaktadır. Yapılan çalışmalarda yetişkinlerde patolojik kumar oynama bozukluğunun yaygınlığı %0,1-2,7 arasında olduğu bulunmuştur (Lorains ve ark., 2011). Kişilerin haz merkezlerinin çalışma sistemi bozularak kişi daha fazla oynama davranışı göstermektedir. Kumar oynama bozukluğu da tıpkı diğer bağımlılıklar gibi kronik bir hastalıktır. Giderek artan miktarda oynama ihtiyacı, kaybettiklerini geri kazanma isteğiyle birlikte yeniden oynama duygusu, kumar oynamak için gereken parayı farklı yasal olmayan yollarla sağlama kumar oynama davranışının temel özellikleridir (Güriz ve ark., 2012).

Literatür incelendiğinde kumar oynama bozukluğu tanılı olan hastaların kişilik özelliklerine dair araştırmalar mevcuttur. Kumar oynama bozukluğu tanılı hastalarla yapılan ve kişilik örgütlenmelerini inceleyen çalışmalara bakıldığında patolojik narsisizmin kumar oynama bozukluğu ile yakından ilişkili olduğu görülmektedir. Bazı araştırmalar, narsisizmin genellikle kumar sorunuyla ilişkili olduğunu göstermiştir (Çakmak ve Tamam, 2018).

Narsistik kişilik ise abartılmış bir öz önem duygusu ve hayranlık beklentileriyle karakterize edilen bir kişilik türüdür. Bu kişiliğin DSM-5'te yer alan ruhsal bozukluk hali ise narsistik kişilik bozukluğu olarak bildirilmektedir (APA, 2013).

Narsisizm ve kumar oynama bozukluğu araştırmaları tartışmalı bir yapı oluşturmuş olsa da narsisizmin sorunlu kumar oynama davranışı üzerindeki rolü hakkında teoriler üretilmiştir. Özellikle, bazı araştırmacılar (örneğin Lakey ve diğerleri) narsisizm ile kumar bağımlılığının yakından ilişkili olduğunu işaret etmiştir. Spesifik kaynaklar incelendiğinde de narsisizmin genellikle kumar sorunuyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (Biolcati ve ark., 2015).

Lesieur ve Rosenthal 1991 yılında kumar oynama bozukluğu olan kişilerin genellikle narsistik bir kişilik organizasyonuna sahip olabileceklerini iddia etmişlerdir. Bunun üzerine de birçok farklı araştırma bulunmuştur.

Yardıma arama davranışı ise birçok faktörden etkilenen karmaşık bir davranıştır. Yardıma arama davranışı sergileyen kişiler toplumsal değerlerden ve etmenlerden, kişide var olan ruhsal hastalıklardan ve psikolojik etkilerden etkilendiği gözlemlenmektedir. Yardıma arama davranışı sorunun fark edilmesi ve kabul edilmesi, tedavi veren kişilerle iletişime geçilmesi gibi adımları içermektedir (Özkorumak ve ark.,2006).

Tedavi motivasyonunun da yardıma arama; bağımlılığı olduğunu kabul etmek ve tedaviye ihtiyacı olduğu gerçeği ile yüzleşmeyi içerir ve tedavi için atılacak ilk önemli basamaktır. Yapılan çalışmalarda bireyin bağımlılığı kabul etme ve yardıma talep etme, bir tedaviye başvurmak ve tedavide kalmak için ilk motivasyon kaynağı olabileceği göz önünde bulundurulursa, narsistik kişilik özelliklerinin tedaviyi reddetme ve işbirliği yapmamaya sebep olabileceği çıkarımında bulunmaktadır (Kahvecioğlu, 2020).

Kendine yeterliliği yüksek olan narsistik kişilik özelliğine sahip bir danışan yardıma arama davranışı konusunda geri planda kalabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda kendine yeterlilik ile yardıma arama davranışı arasında negatif yönde bir ilişki olabilir. Aynı zamanda üstünlük duygusuna sahip narsistik özelliklere sahip kumar bağımlısı hastaların yardıma arama davranışıyla ilişkisinin negatif yönde ilişki olabileceği düşünülmektedir.

Başlıca araştırma hipotezleri aşağıdaki gibidir:

1. Kumar oynama bozukluğu olan hastalarda NKE alt boyutu olan kendine yeterlilik puanı ile TMA kişiler arası alt boyutu arasında negatif bir ilişki beklenmektedir.

2. Kumar oynama bozukluğu olan hastalarda NKE alt boyutu olan üstünlük puanı ile TMA kişiler arası alt boyutu arasında negatif bir ilişki beklenmektedir.

3. Kumar oynama bozukluğu olan hastalarda narsistik kişilik özellikleriyle yardıma arama davranışı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki beklenmektedir.

Bu çalışmada kumar oynama bozukluğu tanılı hastalarda narsistik kişilik özellikleri ile yardıma arama davranışı arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bağımlılık Kavramı ve Kumar Oynama Bozukluğu

2.1.1. Bağımlılık kavramı

Bağımlılık kavramı insanlık tarihi boyunca oldukça eski bir kavramdır. Bağımlılığın bilimsel model ve teorilerle açıklanması yaklaşık 100 yıl kadar sürmüştür. Bağımlılığın tanımı genişliyor ve bağımlılığın anlamının değişen kapsamı hem ruh sağlığı profesyonellerini hem de toplumun kafasını karıştırmaktadır.

Bağımlılık psikolojik, çevresel ve biyolojik kısımları olan, kronik bir beyin hastalığıdır. Beynimizdeki bazı maddeler ödüllendirme ve haz sistemlerinden sorumludur. Madde ya da davranışsal bağımlılık olan kumar oynama davranışı ile beyin doğal ve sağlıklı mekanizması bozulur. Dolayısıyla kişi daha fazla oynama davranışı sergilemektedir. Kişi istemese bile beyni kumar oynamak ister. Uzun süreli oynama davranışı ile beyin yapısı bozulmaya başlar. Kumar oynama davranışı sergileyen kişinin hafıza ve karar verme mekanizmaları olumsuz yönde etkilenir (Türkiye Yeşilay Cemiyeti, 2019).

Bağımlılık terimi en geleneksel anlamıyla kimyasal bileşenlerle kendine zarar verme davranışı olarak düşünüldüğünde, bunun katı bir uygulama olduğu, fizyolojik bağımlılıklarla sınırlandırıldığı ve yasa dışı madde kullanımına yönelik olduğu ortaya çıkmaktadır. Son 20 yılda bu tanımın kişiye zarar veren, olumsuz geri bildirimlere rağmen durdurulamayan, kişiye zevk veren her türlü madde kullanımını ve pekiştirici davranışları kapsayacak şekilde genişlediği görülmektedir (Diclemente, 2016).

Bağımlılık genel anlamı ise bir nesneye, varlığa veya bir kişiye duyulan engel olunamayan istek ya da başka bir iradenin denetimine girme durumu olarak tanımlanabilir (Uzbay, 2018).

Madde dışı bağımlılıklar davranışsal bağımlılıklar olarak sınıflandırılır. Bu davranışsal bağımlılıklarda tıpkı diğer bağımlılıklar gibi kişinin yaşamını olumsuz etkileyerek işlevselliğini bozar ve kişisel yaşamında istenmeyen sonuçlara sebep olmaktadır (Şentürk, 2017).

2.2. Kumar Oynama Bozukluğu

2.2.1. Kumar oynama bozukluğu tanımı ve özellikleri

Kumar kelimesi Türk Dil Kurumuna göre “ortaya para koyarak oynanan talih oyunu” olarak tanımlanmıştır. Kumar günümüzde güzel zaman geçirme, eğlence ve dinlenme aracı olarak kabul edilmektedir. Bir oyun ya da yarışma sonucu üzerine para veya değerli bir şeyin bahsine girerek kazanç elde etmeyi amaçlayan davranış olarak tanımlanmaktadır. Bununla beraber kişinin isteyerek risk aldığı bir davranıştır (Babayiğit, 2018).

Patolojik kumar, kumar üzerinde sürekli veya aralıklı olarak kontrol kaybının yaşandığı, kumarla sürekli zihnin meşgul olduğu, irrasyonel düşünme ve olumsuz sonuçlara rağmen kumar oynama davranışına devam etme ile karakterize olan ruh sağlığı hastalığıdır (Rizeanu, 2014).

Kumarın tarihine baktığımızda ise mağara duvarlarında ve arkeolojik kalıntılarda görüldüğu bilinmektedir. Arkeolojik araştırmalar, 4000 yıl önce hayvanların eklem kemiklerinden yapılmış zarlara benzer nesnelere bulunduğunu ortaya çıkarmıştır. Bugün kullanılan zarların Sümer ve Asur arkeolojik kazılarında bulunduğunu kaydedilmiştir. Geçmiş zamandaki insanlar “çift mi tek mi gelir” diye oyunlar oynarak sorular sormuşlar ve kumar oyunları oynamışlardır. Çin’de zar ve satranç üzerine bahse girmenin milattan önceye kadar dayandığı bilinmektedir. Çin ve Hong Kong’da kumarın günlük yaşamın ve hatta günlük alışverişlerin bir parçası olduğu gözlenmiştir. Kumar oyunları günümüzde telefon üzerinden oynanan ve kolay ulaşılabilen oyunlardır. Tüm bu kalıntılar, kumarın geçmişten günümüze insanlık tarihinin bir parçası olduğunu göstermektedir. Kumar oynama ilk insanların avlanma çağından başlayarak 21. yüzyılın en büyük finans aktivitelerine dönüşerek günümüze kadar gelmiştir (Türkiye Yeşilay Cemiyeti, 2019).

Patolojik kumar oynama (PKO) sosyal, meslek ve aile yaşamında önemli kayıplara neden olmasına karşın sürekli ve yineleyen uygunsuz kumar oynama davranışdır. Giderek artan miktarlarda oynama gereksinimi, kaybettiklerini geri kazanmak için yeniden oynama isteği, kumar için gereken parayı çeşitli yasadışı yollardan sağlama patolojik kumar oynama davranışının temel özellikleridir (Güriz ve ark., 2012).

Kumar sorunlarının farklı sınıflandırmaları ve tanımlamaları vardır. En son tıbbi incelemeyle Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-V'sinde (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) yer alan Bağımlı Kumar Oynama tanısıdır. Bağımlılık yapıcı kumarın nasıl kontrol altına alınacağı ve kontrol edileceği, problemlerden kaçınma, araya girme, kovalama, yalan söyleme davranışlarıyla ilişkili bulmuştur (Erdoğan, 2019).

2.2.2. DSM-5 ve tanı kriterleri

Kumar bağımlılığı ilk olarak 1980 yılında DSM-3'te " Patolojik Kumar Oynama" (PKO) olarak ifade edilmiştir. DSM-4'de 1994 yılında Patolojik Kumar Bağımlılığı "Başka yerde sınıflandırılmamış dürtü kontrol bozuklukları" sınıfında değerlendirilmiş ve bağımlılık sınıflandırılmasında yer almamıştır (Geniş ve Aksu, 2022).

2013 yılında DSM-5'te ise bağımlılıklar kategorisine dahil edilmiştir. "Madde ile ilişkili ve Bağımlılık Bozuklukları" kategorisinde "Madde ile ilişkili olmayan bozukluk" başlığı altında yer almıştır (APA, 2013). Çünkü tıpkı madde bağımlılığı gibi kumar oynama bozukluğu davranışında da bilişsel, nörolojik, genetik ve davranışsal özelliklerin olduğu görülmüştür. Kumar oynama bozukluğu olanlarda madde bağımlılığı eş tanısının da yüksek olduğu fark edilmiştir (Clark, 2014).

Kumar bozukluklarının DSM-5 klinik tanımı, bir bireyin kumarı finanse etmek için yasa dışı faaliyetlerde bulunması gerekliliğini ortadan kaldırdı. Kapsayıcı kriterler için eşik 5'ten 4'e düşürüldü (Çakmak ve Tamam, 2018).

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

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

1. İsteddiği coşkuyu sağlayabilmek için giderek daha çok parayla kumar oynama gereksinimi duyar.

2. Kumar davranışını bırakma veya durdurma yönelimleri sırasında huzursuz ya da kolay sinirlenen biri olur.

3. Kumar davranışını kontrol altına almak, bırakmak veya durdurmak için, tekrarlayan, netice alamadığı çabaları mevcuttur.

4. Devamlı olarak kumar oynama üzerinde düşünmektedir (örn. geçmişteki kumar oynama yaşantılarını yeniden yaşamayı sürekli düşünme hali, bir sonraki girişimini engellemek ya da tasarlamak, kumar oynamak için para bulma yollarını düşünme).

5. Sıklıkla, sıkıntı duyarken kumar oynama (örn. çaresiz, suçlu, bunalmış, çökkün).

6. Parayla kumar oynayıp kaybettiğinde, süreğen bir şekilde, geri kazanmak için bir başka gün tekrar gelir (kaybettiklerinin arkasından gider).

7. Kumar oynama halini saklamak için yalana başvurur.

8. Kumar oynama nedeniyle, önemli bir ilişkisini, iş hayatını, eğitim ya da iş olanağını tehlikeye atmış ya da kaybetmiştir.

9. Kumar oynaması nedeniyle içinde bulunduğu umutsuz maddi durumlardan kurtulabilmek için başkalarının parasal kaynak sağlaması beklentisine girer (APA, 2013).

2.2.3. Kumar bağımlılığının epidemiyolojisi

Patolojik Kumar Oynama Bozukluğunun yaygınlığının %0,1-2,7 arasında olduğu görülmüştür (Lorains ve ark., 2011).

Kumar oynayan kişilerden oluşan bir örnekleme (hayatlarının en az bir yılında beş veya daha fazla kez) kumar bozukluklarının yaygınlığı analiz edilmiştir. Analiz sonuçlarında erkeklerin %1.92'sinde ve kadınların %1.05'inde patolojik kumar oynama bozukluğu olduğunu bildirilmiştir. Bu çalışmada erkeklerin %20.43'ünde ve kadınların %15.09'undan kumar oynama bozukluğu kriterlerini karşıladığı da gözükümüştür (Blanco ve ark., 2006).

Cinsiyet üzerine yapılan çalışmalar da erkeklerde patolojik kumar oynama davranışının yaşam boyu yaygınlığının kadınlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Andreassen ve ark., 2016).

Birçok araştırmada erkek cinsiyet, genç yaş, ikamet edilen bölge, düşük sosyoekonomik durum gibi sosyo-demografik özellikler ve kumar faaliyetlerine erken

başlama, psikiyatrik komorbidite, olumsuz çocukluk deneyimleri, ailede kumar ve madde, alkol geçmişi gibi faktörler patolojik kumar oynama bozukluğu için risk faktörleri olarak tanımlanmıştır (Volberg, The prevalence and demographics of pathological gamblers: implications for public health, 1994) .

2.2.4. Kumar bağımlılığı etiolojisi

Kumar oynama bozukluğunun nedenleri psikolojik ve biyolojik yaklaşımlarla açıklanmıştır. Psikolojik yaklaşımlar dinamik, davranışsal ve bilişsel düzeyde kumar oynama bozukluğunu ele almıştır. Biyolojik teorilere bakıldığında ise nörotransmitter sistemlerin kumar oynama bozukluğuyla ilişkisi üzerine etiyolojik yaklaşımı benimsemiştir (Kalyoncu ve ark., 2003).

Serotonerjik İşlev:

Dürtü kontrol bozuklukları ile kumar oynama bozukluğu arasında fenomenolojik bir benzerlik vardır. Bu durumun varlığı da patolojik kumarbazların serotonerjik anormalliklere sahip olduğu varsayımına yol açmıştır. Serotonerjik sistemin bozulması birçok dürtüsel eylemlerle ilişkilidir. Dürtüsel eylemler kortikal inhibisyon eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Bu sistem içerisinde serotonerjik yapı etkilidir (Jacobs, 1991).

Dopaminerjik Sistem:

Bağımlılık, dopaminerjik yapı ve ödüllendirme sistemi arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok araştırma mevcuttur (Wise ve Bozarth, 1987). Bazı araştırmalarda kumar oynama bozukluğu ve dopaminerjik mekanizma arasında çelişkiler bulmuştur. Farklı araştırmalarda dopaminerjik sistemin azaldığını gösteriyorken bazılarında ise farklılık olmadığı görülmüştür (Roy ve ark., 1988).

Psikoanalitik Kuramlar:

Patolojik kumar oynama davranışını gündeme getiren ilk kuramcılar psikanalistlerdir. Kumar oynama bozukluğunu anal dönemle benzetmişlerdir. Aynı zamanda fallik evrede yaşanan karmaşayla da ifade etmişlerdir.

Rosenthal patolojik kumar oynamanın ödipal evreden çok preödipal evre ile daha yakın bir ilişki içinde olabileceğini ileri sürmüştür (Rosenthal, 1986).

Davranışsal Kuramlar:

Davranışçı yaklaşım, patolojik kumar oynamanın, pekiştirme süreci yoluyla kazanılarak öğrenildiğini varsayar. Bu durumla ilgili çelişkili çalışmalar mevcuttur. Ancak genel bir görüş birliğine göre ise kumar oynama bozukluğu olan kişilerde “kazanma evresinin” pekiştirmede önemli bir etkisinin olduğu belirtilmiştir (Kalyoncu ve ark., 2003).

Bilişsel Kuramlar:

Kumar oynama davranışında bilişsel süreçler oldukça etkilidir. Kumar oynayan bireylerin oynama davranışlarını devam ettirmelerinde bilişsel çarpıtmaların rolü vardır. Oynama davranışı sonuçlarında rasyonel olmayan düşünceler ortaya çıkmaktadır. Kumar oynama kontrol, baskınlık ve kişinin sonucu kontrol edebileceğine dair inançlar oluşturabilmektedir (Kalyoncu ve ark., 2003).

Düzenli kumarbazların sık sık oynamayan kumarbazlardan daha rasyonel olmayan düşünceleri olduğu ve bu nedenle düzenli kumar oynama davranışı sergilenen kişilerin risk alma ihtimallerinin yüksek olduğu varsayılmaktadır (Gaboury ve Ladouceur, 1989).

2.2.5. Kumar oynama bozukluğu ve eş tanı

Kumar bağımlılığına eşlik eden birçok tanı vardır.

Genel popülasyonlara kıyasla kumar oynama bozukluğu olan kişilerde artarak devam eden psikolojik problemler görüldüğü kanıtlanmıştır. Problemlili kumar oynama davranışı sergileyen kişilerin özellikle depresyon olmak üzere duygulanım bozukluğu görülmesi çok daha fazladır (Zangeneh ve ark., 2008).

Kumar oynama davranışı ve itici duygulanım durumları arasındaki bağlantının yönlülüğü bilinmemektedir, ancak kumarbazların aslında kumarı disforiyi hafifletmek için bir başa çıkma mekanizması olarak kullanabilecekleri öne sürülmüştür (McCormick ve Taber 1988).

Kumar oynama davranışı olan kişilerin farklı bağımlılıklara(alkol, madde ve diğerleri) da sahip olduğu bulunmuştur. Madde bağımlılığı olan hastalarda kumar oynama davranışı oldukça yüksek oranda olduğu görülmüştür (Kaplan ve Sadock, 2000).

Westphal ve Johnson'un kumar oynama bozukluğu tedavisi görmekte olan örneklem ile yaptıkları çalışmada; kadınlarda (%32) erkeklere (%21) göre daha yüksek oranlarda bir ya da iki komorbid bozukluğun eşlik ettiği tespit edilmiştir (Pınarcı, 2014).

Kessler ve diğerler araştırmacılar tarafından yapılan çalışmada; Katılımcıların %74.3'ü patolojik kumar oynama bozukluğu başlamadan önce diğer bozukluklardan birinin var (örneğin dürtü kontrol bozukluğu)olduğu sonucunu bulmuşlardır. Patolojik kumar oynama bozukluğundan sonra majör depresyon, anksiyete bozukluğu ortaya çıktığı bulunmuştur. Eşlik eden ruhsal bozuklukların patolojik kumar oynama davranışının öncesinde var olabilmekle beraber kumar oynama davranışından sonrasında da ortaya çıkabileceğini göstermiştir (Kessler ve ark., 2008).

2.3. Narsistik Kişilik Bozukluğu

2.3.1. Narsisizmin tanımı ve özellikleri

Narsisizm kelimesi Yunan mitoloji kaynaklarından gelmektedir. Narsisizm kelimesinin kökeni suda kendi yüzüne aşık olan ve yaşamını kendisi izleyerek geçiren Narkisos'tan gelmiştir. Narsissos sudaki yansımasına sarılmak ister sarılmaya çalışırken suya düşüp hayatını kaybeder (Atay, 2009).

Atay narsisizmi Türkçe'ye "özseverlik", "görkemli benlik" olarak çevirmiştir (Atay, 2010).

Narsisizm kelimesinin yapısına bakıldığında "Narke" kökü duyarsızlık veya kuntluk demektir. Geçtan narsisizm özelliklerini kendini beğenme, benmerkezci yapıda olma, başkalarının deneyimlediklerine ve yaşadıklarına karşı duyarsızlık, nesnelere ilişkilerde sürekliliğin olmaması ve psikolojik yapıda eksiklik olarak ifade etmiştir (Geçtan, 2004).

Narsisizm kelimesi ilk kez 1898 yılında psikanalitik kuramcı Ellis tarafından psikolojik bir kavramı açıklamak amacıyla kullanılmış ve Ellis narsisizmi özellikle kadınlarda görülen ve cinsel dürtüleri bireyin kendisine hayranlıkla yöneltmesini içeren duygular olarak açıklamıştır (Rozenblatt, 2002).

Narsisizm kavramsallaştırılmasında farklılıklar vardır. Literatürde kişilik özelliği olarak tanımlanmaktadır (Gezer, 2017).

Narsistik kişilik özelliklerine sahip birey kişilerarası ilişkilerde ilgisizdir ve empati yoksunluğu çekmektedir. Bunun asıl sebebi ise narsistik özelliklere sahip kişinin kendisini aşırı sevmesi yalnızca kendisiyle ilgilenmesiyle ilişkilidir (Masterson, 2006).

Kişilik biyolojik yapıyla birlikte doğuştan gelen ve sonradan öğrenilmiş olan davranışların toplamıyla oluşmaktadır. Farklı bir tanımla kişilik doğumumuzdan itibaren oluşmaya başlayan kişinin nesnelere ve yaşadıkları duruma verdiği anlamla oluşan bir süreçtir. Bu süreç içerisinde oluşan sapmalar kişilik bozuklukları olarak adlandırılmaktadır (Cihangiroğlu ve ark., 2015).

İlk psikoloji çalışmalarında narsisizmin insanın kendiliğini bulması için gerekli bir özellik olarak düşünülmekteydi. Günümüzde ise narsisizm kelimesi kişilik bozukluğu olarak ifade edilmektedir. Narsisizm kavramıyla ilgili araştırmalar son yıllarda artış göstermektedir. Literatür incelendiğinde narsistik kişilik bozukluğunun temelinde empati yoksunluğundan kaynaklandığını belirtmektedir. Bu kişilik örüntüsüne sahip bireylerin kişilerarası ilişkisi yüzeysel ve çıkar ilişkisine dayanmaktadır (Bolat ve ark., 2016).

2.3.2. Narsistik kişilik bozukluğu etiyolojisi

Benlik psikolojisi ve sosyal-bilişsel teoriler narsistik kişilik bozukluğunun nasıl geliştiğini incelemiştir.

Benlik Psikolojisi Modeli:

Kohut benlik psikolojisi üzerinde oldukça fazla durmuştur. Kohut narsistik kişilik bozukluğu olan insanları kendini yüksek gören, sadece kendisiyle ilgilenen ve görünürde sınırsız başarı hayalleri kurma özelliklerine sahip bireyler olarak tanımlamıştır. Bu özelliklere sahip kişilerin özsaygılarının kırılmalı bir yapıda olduğunu belirtmiştir. Çünkü narsistik kişilik bozukluğu olan bireylerin çevreleri tarafından saygı görmeye ve beğenilmeye ihtiyaçları vardır (Kring ve ark., 2017).

Kohut ebeveynlik tarzlarının da narsisizmin gelişmesine katkı sağladığını öne sürmüştür. Ebeveynlerin çocuklarına karşı oluşturdukları saygı, sıcaklık ve empatik yaklaşım oldukça etkilidir. Ebeveyni tarafından yeterli düzeyde saygı, sıcaklığın ve empatik yaklaşımı gören bireyin kendine karşı oluşturduğu özsaygı normal düzeyde olmaktadır. Ebeveynin çocuğa karşı oluşturduğu soğukluk ise güvensiz bir benlik yapısı oluşturmaktadır. Kohut ebeveynin kendi öz güvenini desteklemek için oluşturduğu bir

yapıdan da bahseder. Ebeveyn kendi öz güvenini desteklemek için çocuğu bir araç olarak görmektedir. Ebeveyn tarafından çocuğun yetenekleri ve beceri abartılmaktadır. Çocuk böyle bir durumdan dolayı kendisinde gördüğü herhangi bir kusurda kaynaklı derin bir utanç duygusu hisseder (Kring ve ark., 2017). Kohut bu iki ebeveyn tutumunun narsisizm riski oluşturabileceğini ifade etmiştir. Yapılan son çalışmalarda bu iki ebeveyn tutumlarından kaynaklı insanlarda narsistik kişilik özelliklerinin görüldüğünü göstermiştir (Otway ve Vignoloes, 2006).

Sosyal Bilişsel Model:

Sosyal Bilişsel model narsistik kişilik bozukluğu yapısını iki temele dayandırmaktadır. Birincisi narsistik kişiliğe sahip kişide kırılğan özsaygı yer almaktadır. Kırılğan özsaygıya sahip olmalarının temel nedeni bireyin kendisini özel olduğu inancını korumaktan kaynaklanmaktadır. İkincisi ise kişiler arası ilişkilerde yakınlık kurmaktan daha çok kendi öz saygılarını büyütmeyle ilişkilidir (Kring ve ark., 2017).

Bu modele göre narsistik kişilik özelliğine sahip birey farklı kişilerle ilişki kurduklarında ilk hedefleri kendi öz saygılarını şişirmektir. Bu durum başkalarına karşı olan davranışlarını da etkilemektedir. Başta çok fazla böbürlenme yapısındadır. Karşıdaki kişi için ilk başta bu durum normaldir sonrasında yinelendikçe karşı taraf için negatif olarak algılanmaktadır. İkinci hedefleri ise özsaygıyla ilgili bir işte diğerlerinden daha başarılı olmayı göstermek istemeleridir. Yani narsistik kişilik özelliğine sahip birey için önemli olan yakın ilişki kurmak değil rekabette dayalı ilişkiler kurmak ve karşıdaki kişi tarafından beğenilmektir. Narsistik kişilik bozukluğuna sahip kişilerin benlik duyguları “kazanma” odaklıdır (Campbell ve Foster, 2007).

2.3.3. Narsistik kişilik bozukluğu epidiyolojisi

Narsistik kişilik bozukluğunun genel popülasyona göre yaygınlığı araştırmalar tarafından %0,0 ile %6,2 arasında bulunmuştur. Bu tanıyı alan popülasyonun %50,0 ile %75,0 erkek bireyler olduğu tespit edilmiştir (Koroğlu, 2015).

Yapılan birçok araştırmada narsistik kişilik bozukluğunun erkeklerde daha fazla görüldüğü ortaya çıkmakta ve nüfus içerisindeki yaygınlığı %1,0 olduğu tahmin edilmektedir (Butcher ve ark., 2013).

2.3.4. Narsistik kişilik bozukluğu DSM- 5 tanı kriterleri:

1980 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-3'te patolojik narsisizmi ilk defa bir kişilik bozukluğu olarak ele almışlardır (Atay, 2009).

1987 yılında ise yenilenmiştir. 1994' te DSM-5'te narsistik kişilik bozukluğu son şekli yer almıştır (Atay, 2009).

Aşağıdakilerden beşi (ya da daha çoğu) ile belirli, erken erişkinlikte başlayan ve değişik bağlamlarda ortaya çıkan, büyüklenme (düşlemlerde ya da davranışlarda), beğenilme gereksinimi ve eş duyum yapamama ile giden yaygın bir örüntü:

1. Büyüklenir (örn. başarılarını ve yeteneklerini abartır; gösterdiği başarılarla oransız bir biçimde, üstün biri olarak görülme beklentisi içindedir).

2. Sınırsız başarı, güç, zekâ, güzellik ya da yüce bir sevgi düşlemleriyle uğraşır durur.

3. “Özel” ve eşi, benzeri bulunmaz biri olduğuna ve ancak özel ya da üstün diğer kişilerce (ya da kurumlarca) anlaşılabilceğine ve ancak onlarla ilişki kurması gerektiğine inanır.

4. Çok beğenilmek ister.

5. Hak ettiği duygusu içindedir (özellikle kayırılacak bir tedavi göreceğine ya da her ne istiyorsa yapılacağına ilişkin anlamsız beklentiler içinde olma).

6. Kendi çıkarı için başkalarını kullanır (kendi amaçlarına ulaşmak için başkalarından yararlanır).

7. Eş duyum yapamaz: Başkalarının duygularını ve gereksinmelerini anlamak istemez.

8. Sıklıkla başkalarını kıskanır ya da başkalarının kendisini kıskandığına inanır.

9. Başkalarına saygısız davranır, kendini beğenmiş davranışlar ya da tutumlar sergiler (APA, 2013).

2.3.5. Narsistik kişilik özelliklerinin kumar oynama bozukluğu ile ilişkisini inceleyen araştırmalar

Literatür incelendiğinde narsistik kişilik özelliklerinin kumar oynama bozukluğuyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Biolcati ve ark., 2015).

Lakey ve ark. (2008) , narsisizm ve kumar sorunu arasındaki ilişkiye ilişkin araştırma çalışmalarının karışık bulgular gösterdiğine dikkat çekmiştir. Örneğin, bazı araştırmalar patolojik kumarbazlar arasında yüksek oranda Narsistik Kişilik Bozukluğu bulunmuştur(örneğin Lakey, Rose, Campbell ve Goodie, 2008, Lesieur & Rosenthal, 1991; Taber & Chaplin, 1988; Rosenthal, 1986). Ancak bunun üzerine çalışan farklı kişiler ise hiçbir ilişki bulamamışlardır (Lakey ve ark., 2008).

Narsisizm sorunlu kumar araştırmalarında tartışmalı bir yapı olsa bile, bilim adamları narsisizmin sorunlu kumar oynama üzerindeki rolü hakkında teoriler geliştirmişlerdir. Özellikle, bazı yazarlar (örneğin Lakey ve diğerleri, 2008) narsisizmin kumar patolojisi ile yakından ilişkili olduğuna dikkat çekmiştir (Lakey ve ark., 2008).

Lorains ve arkadaşlarının (2011) metaanalizi çalışmasında, problemlili ve patolojik kumarbazların yüksek oranda eşlik eden psikiyatrik bozukluklara sahip olduğunu göstermiştir. Çalışmaların genelinden elde edilen sonuçlar, problemlili ve patolojik kumarbazların diğer komorbid bozuklukların yüksek oranlarına sahip olduğunu göstermiştir (Lorains ve ark., 2011).

Bland ve ark. (1993) , patolojik kumar oynamayı ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukları araştırmak için Edmonton, Alberta'dan 7.214 kişiden gelen verileri kullandı. Patolojik kumarbazların, kumarbaz olmayanlara göre 2,5 kat daha fazla komorbid psikiyatrik bozukluğa sahip oldukları bulundu. Patolojik kumarbazlar arasında duygu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve diğer psikiyatrik bozuklukların yaygınlığını araştırmak için bir dizi epidemiyolojik çalışma yapılmıştır (Sinclair ve ark., 2015).

Yirmi yıldan fazla bir süre önce, Lesieur ve Rosenthal (1991) , bağımlılı kumarbazların genellikle narsist bir kişilik organizasyonuna sahip olduklarını iddia ettiler. Aslında, bazı araştırmalar narsistik kişilik bozukluğu ve kumar oynama bozukluğu arasında pozitif ilişkiler buldu (Living ston 1974; Rosenthal 1986; Taber ve Chaplin

1988) ve bazı deneysel katkılar bağımlı kumarbazlarda Narsistik Kişilik bozukluğunun yüksek yaygınlık oranının altını çizdi (Steel ve Blaszczynski, 1998).

Kumar Oynama bozukluk ile narsisizm gibi belirli psikopatolojik değişkenler arasındaki ilişkinin araştırılmasını büyük ölçüde karmaşıklaştıran heterojen bir kategori gibi görünmektedir (Rogier ve Velottin, 2018).

Yapılan 4 çalışma narsisizm yapısının sürekli doğasını açıklayan bir ölçü kullanarak narsisizm ve kumar oynama davranışı arasındaki ilişkiyi incelemiştir.

Lakey ve ark. (2008), üniversite öğrencilerinden oluşan bir örneklemden narsistik kişilik envanterini doldurmalarını istemiştir ve kumar oynama bozukluğu şiddeti ile toplam narsisizm puanı arasında zayıf ama anlamlı bir ilişki bulmuştur. Öğrenci nüfusu üzerinde yapılan başka bir çalışmada, MacLaren ve Best (2013) NPI ile ölçülen narsisizmin büyüklenmeci boyutu ile kumar etkinliği arasında benzer bir ilişki göstermiştir. Buna karşılık, Maples ve ark. (2014), sık oynayan oyuncularından oluşan bir örnekleme NPI-16 maddeleriyle ölçülen narsisizm ile kumar oynama bozukluğu arasında anlamlı ilişkiler gözlemlenmiştir. Son olarak, Biolçatı ve ark. (2015), Narsistik Kişilik Envanteri bağımlı olmayan bir poker oyuncusu örneğine uygulayarak, normal popülasyonda bulunanlarla uyumlu narsisizm seviyeleri bulmuştur (Rogier ve Velotti, 2018).

Narsistik kişilik bozukluğu özelliğine sahip kişiler sorumluluğu reddederler ve bunun yerine başarısızlıkları için başkalarını veya durumlarını suçlarlar. Patolojik kumar oynama bozukluğuna sahip bireylerde tesadüfi olaylar karşısında hatalı algılar oluşmaktadır. Şansın, azmin kumar oynama davranışlarında olumlu yönde katkı sağlayacağını düşünmektedirler. Araştırmalar, narsistlerin, kumar oynama bozukluğunun gelişimine katkı sağlayacak önyargıları ve potansiyel risk alma davranışları gibi özellikler taşıdıklarını belirtmişlerdir (Lakey ve ark., 2008).

Narsistlerin narsist olmayanlara göre daha ciddi kumar davranışı eğilimleri ve kumarla ilgili sorunları kanıtlanma olasılığının daha yüksek olduğunu ve kumarın kötü etkilerinin kısmen onların yargılama ve karar verme eğilimleriyle açıklandığını göstermektedir (Lakey ve ark., 2008).

Mevcut araştırmalar, narsisizmi düşük bireylerle karşılaştırıldığında, narsistlerin daha sık kumar oynadığını, kumar oynarken daha fazla parayla bahse girdiklerini ve

kumar patolojisinin yüksek raporları açısından daha ciddi kumar sonuçları olduğunu kanıtlamıştır. Narsisizm ve kumar oynama davranışı arasındaki ilişki, kısmen narsistlerin yargı ve karar verme önyargıları, aşırı güven, riskli bahisleri kabul etme eğilimi ve anında ödüle miyop odaklanma ile açıklanmıştır. Bu önyargılar, onların şişirilmiş öz inançlarından, genel ödül duyarlılığından ve bu risk optimal olmayan sonuçlara yol açsa bile riski kabul etme istekliliğinden kaynaklandığı ortaya çıkmıştır (Lakey ve ark., 2008).

2.4.1. Yardım arama davranışı

Temel olarak yardım arama, kişinin ihtiyacı olduğunda yardım arama, bulma ve alma eylemlerinden en az birini içermektedir (Mutlu, 2020).

Fischer ve Turner'a (1970) göre psikolojik yardım arama, bir kişinin hayatında bir krizle karşılaştığında veya psikolojik rahatsızlık duyduğunda profesyonel yardım araması veya alma direnmesi olarak tanımlanmaktadır (Fischer ve Turner, 1970).

Amato ve Bradshaw'a (1985) göre birçok faktör yardım arama ve yardım alma tutumlarını etkilemektedir. Yakınlık, damgalanma, kişisel yetersizlik duyguları, nedensellik odağı, yardım aramaya yönelik kişisel tutumlar, yardım aramaya yönelik kültürel tutumlar, aşağılık duyguları, borçlu hissetme psikolojik faktörleri içermektedir. Kendini bir başkasına ifade etme yeteneği, açıklık ve dışa dönüklük gibi özellikler ise kişilik faktörünü oluşturmaktadır. Diğer faktörler ise zaman, para, yardımın mevcudiyeti, yardımın erişilebilirliği, cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyidir (Amato ve Bradshaw, 1985).

Profesyonel psikolojik yardım almaya karar vermek, bazı insanlar için bir zayıflık, başarısızlık veya umutsuzluk işareti olarak değerlendirilebilir (Fischer ve Turner, 1970). Tedaviye hazırlıklı olma durumundan bağımsız olarak yoğun utanma duygusu yaşayan bireylerin psikolojik yardım aramada zorlandıkları tespit edilmiştir (Vogel ve ark., 2006). Bu bulgular, narsist kişilik ve yardım arama davranışının narsist kişilerin utanma eğilimi açısından daha fazla tartışılması için uygun olabilir (Mutlu, 2020).

Birey güçlük çektiğinde veya ruh sağlığının tehdit altında olduğunu hissettiğinde profesyonel yardım almaya yönelik bilişsel, duygusal ve davranışsal eğilimleri yardım alma kararlarını etkilemektedir (Türküm, 2001). İhtiyaç anında yardım alma konusundaki tereddüt ve endişeler, bireylerin psikolojik yardım aramaya yönelik olumsuz tutum geliştirmelerine neden olmaktadır (Kalkan ve Odacı, 2016).

Gerçek yardım arama davranışını kolaylaştıran yordayıcılardan biri, yardım aramaya hazır olma durumudur (Rickwood ve Braithwaite, 1994).

Türkiye’de yapılan çalışmalarda ebeveynlerin eğitim düzeyinin, bir kişinin yardım arama tutum ve davranışıyla da ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Anne-babasının eğitim düzeyi zayıf olan bireylerin yardım arama ve almaya yönelik tutumları daha az olarak bulunmuştur (Koydemir Özden , 2010).

Çeşitli araştırmalar cinsiyetin yardım arama davranışında etkili olduğunu bulmuşlardır. Kadınların erkeklere göre yardım aramaya daha açık ve yardım aramaya karşı daha olumlu bir tutuma sahip olduğunu göstermiştir (Mutlu, 2020).

Rogler ve Cortes (1993), kadınların erkeklere göre yardım arama eğilimlerinin daha yüksek olmasının, yaşadıkları aşırı psikolojik sorunlardan değil, erkeklerin duygularını ve zorluklarını inkar etmeye ve yardım aramayı reddetmeye daha yatkın olmasından kaynaklandığını belirtmişlerdir (Rogler ve Cortes, 1993).

Bir kişinin semptomları arttığında profesyonel yardım arayışı da artmaktadır (Özbay, 1996). İnsanlar, sıkıntıları veya rahatsızlıkları yüksek olduğunda veya semptomları arttığında psikolojik yardım aramaya daha yatkındır (Kakhnovets, 2011).

2.4.2. Narsistik kişilik özellikleri ve yardım davranışı arasındaki ilişki

Yardım arama davranışını, yardım aramaya yönelik tutumları ve yardım arama, yardım alma ve yardım reddi tutumlarını ve/veya davranışlarını etkileyen farklı değişkenleri araştıran çeşitli türde çalışmalar vardır (Mutlu, 2020).

Yardım aramaya yönelik tutumlar, kendini açmanın güçlüğünden, utanma eğiliminden, damgalanma korkusundan, benlik saygısı için algılanan tehdit birine bağımlı olma korkusu ve kıskançlıkla ilişkilidir. Bu tutumların birçoğu da narsist kişilikle de yakından ilişkilidir.

Narsistik kişilik ile yardım arama davranışı arasındaki ilişkiye bakıldığında, narsistik savunmaya sahip kişilerde onarma çabasının ilişkide meydana gelen tahribattan değil, benlik algısındaki çarpık mükemmellikten kaynaklandığı söylenebilir (Mutlu, 2020).

Narsist bireyler kendilerini açıklama güçlüğü ve başkalarına bağımlı olma korkusu nedeniyle utanç duygusuna yatkındırlar ve yakın ilişkiler kurmakta zorlanırlar. Ayrıca narsist bireylerin eleştirilerine karşı kırılabilir bir benlik duygusu ve aşırı duyarlılık, benlik saygısına yönelik algılanan tehditlerle yakından ilişkilidir ve bu da yardım aramaya ilişkin olumsuz tutumları artırmaktadır (DeRobertis, 2008).

Kıskançlık duygusu büyüklenmeci narsisizmin yardım aramanın zorluğunu açıklayan yönünü oluşturmaktadır.

Hassas ve büyüklenmeci narsisizmde de görülebilen narsistik karakterin bahsedilen özelliklerinden bazıları olsa da, bahsedilen özelliklerin çoğu ağırlıklı olarak kavramın büyüklenmeci özelliklerini yansıtmaktadır. Dolayısıyla alan yazın ışığında, olumlu bir yardım arama tutumunun özellikle büyüklenmeci narsisizm ile olumsuz yönde ilişkili olması beklenmektedir.

Bazı araştırmalar olumsuz yardım arama ve yardım reddetme konusunda güvenin önemli bir faktör olduğunu belirtmektedir. Temel güven terimi, sağlıklı bir anne-bebek ilişkisi sonucunda gelişen güven duygusuna karşılık gelmektedir. Terim çok sayıda psikanalitik yazar tarafından kullanılmasına rağmen, temel güven Sigmund Freud'un çalışmalarından etkilenen Erik Erikson tarafından kavramsallaştırılmıştır. Teorisine göre, bebekler için ilk çatışma güvene karşı güvensizliktir (Widick ve ark., 1978).

Ayrıca bağlanma kuramıyla ilişkilendirilen erken çocukluk dönemi bakıcılık ilişkilerinin önemi güven duygusunun oluşturulması açısından önemlidir (Bowlby, 1988).

Yardım reddi ve yardım aramaya ilişkin olumsuz tutumlar ele alındığında, yardım aramayı ve almayı reddeden narsistik eğilimlere sahip kişilerin altında yatan duyguları anlamada temel güven ön plana çıkmaktadır (Mutlu, 2020).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, gözlemsel-tanımlayıcı bir modelle düzenlenmiştir.

3.2. Araştırmanın Modeli

Yapılan araştırma nitel desenlidir. Bu çalışmayla kumar oynama bozukluğu tanılı hastaların narsistik kişilik özellikleri ve yardım arama davranışına arasındaki ilişkiyi ve nedenlerini ortaya koymak amacıyla ilişkisel tarama modelinden faydalanılmıştır.

İlişkisel tarama modelinde hedef, iki veya daha fazla değişken arasında bir değişimi ve değişken arasındaki düzeyi belirlemektir. İlişkisel tarama biçimi bir tür genel tarama yöntemidir (Karasar, 2015).

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma gerekli izinlerin alınmasıyla birlikte NP İstanbul Beyin Hastanesi ve YEDAM'dan ayaktan tedavi gören kumar bağımlısı tanılı hastalara ve sosyal medya aracılığı ile gönüllü olarak katılım sağlamak isteyen aktif kumar oynayan bireylere uygulanmıştır.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Ölçekler katılımcılara online ve basılı olmak üzere iki şekilde uygulanmıştır. Araştırmanın örneklemini, NP İstanbul Beyin Hastanesi AMATEM Birimi ve YEDAM 42 hasta (7 kadın ve 35 erkek katılımcı) oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan online katılımcı sayısı 15, 4 katılımcı NP İstanbul Beyin Hastanesi'nden ve geriye kalan 23 katılımcıda Yeşilay Danışmanlık Merkeziden oluşmaktadır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Örneklem grubuna sırasıyla; demografik bilgi formu, South Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT), Narsistik Kişilik Envanteri (NKE) ve Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA) formu uygulanmıştır.

3.5.1. Sosyodemografik veri formu

Demografik bilgi formu (Ek 1) , örnekleme yer alan katılımcılardan, yaş, eğitim durumu, sosyoekonomik düzeyi, medeni durumunu, daha önceden psikolojik bir rahatsızlık geçirip geçirmediği, kumar bağımlılığı durumu dışında farklı bir bağımlılığı olup olmadığı ve psikolojik bir tedavi alıp almadığına yönelik sorular yöneltilmiştir.

3.5.2. South oaks kumar tarama testi (SOKTT)

South Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT) (Ek-2), ölçeği patolojik kumar oynama davranışının incelenmesinde ve özellikle yaygınlık çalışmalarında kullanılmaktadır.

Ölçek Lesieur ve Blume (1987) tarafından geliştirilip birçok dile tercüme edilmiştir. İspanya’da yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışması dışında tercüme edildiği hiçbir ülkede geçerlik ve güvenilirlik araştırması yapılmamıştır. Duvarcı ve Varan (2001) tarafından Türkçeye uyarlanması gerçekleştirilmiştir. 26 sorudan oluşmaktadır. Ölçekteki maddeler 0 veya 1 puan olarak değerlendirilmektedir. Kişinin alabileceği toplam puan 0-20 puan aralığındadır. Ölçek çabuk ve kolay uygulanabilmektedir. Testin orijinalin formunda “kesme noktası” olarak 5 puan kullanılmaktadır. 5 ve yukarı puan alanlar “olası patolojik kumarbaz” olarak değerlendirilmektedir.

3.5.3. Narsistik kişilik envanteri (NKE)

Narsistik Kişilik Envanteri(NKE) (Ek- 3), narsistik kişilik özelliklerinin incelenmesinde kullanılmaktadır. İlk etapta uzun bir form halindeyken Emmons ve ark. çalışmasıyla 40 sorulup bir form haline dönüştürülmüştür. Bu form 2000’li yıllara kadar birçok çalışmada kullanılmıştır. 2006 yılında Dr. Ames ve arkadaşları NPI ölçeğini 16 soru olarak yeniden revize etmişlerdir. Ölçeğin 20 ifadeden az olmasıyla birlikte zaman kayıplarını ve katılımcılardan kaynaklanan hataları azalttığı görülmüştür. 5 ayı araştırma ile NPI-16’nın güvenilirlik ve geçerliliği ispatlanmıştır. Ölçeğin ortalama iç güvenilirliği 0,67 olarak belirlenmiştir. Türkçeye uyarlanması Salim Atay(2009) gerçekleştirilmiştir. Ölçek 16 sorudan oluşmakla birlikte 2’şer seçeneği bulunmaktadır. Envanter otorite, teşhircilik, sömürücülük, hak iddia etme, kendine yeterlilik ve üstünlük boyutlarını içermektedir. NKE alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan 16’dır. Cronbach’ Alpha iç tutarlılık kat sayısı,652 olarak bulunmuştur. Envanterde alınabilecek puanlar

otorite boyutu 0-2, teşhircilik boyutu 0-3, sömürücülük boyutu 0-3, hak iddia etme boyutu 0-2, kendine yeterlilik boyutu 0-3, üstünlük boyutu 0-3, toplam narsisizm 0-16, arasında puanlar alınmaktadır. Puanın artış göstermesi narsistik kişilik eğilimlerinin, narsizm toplam puanının ve narsizm alt boyut puanlarının yüksek olduğunu göstermektedir.

3.5.4. Tedavi motivasyonu anketi (TMA)

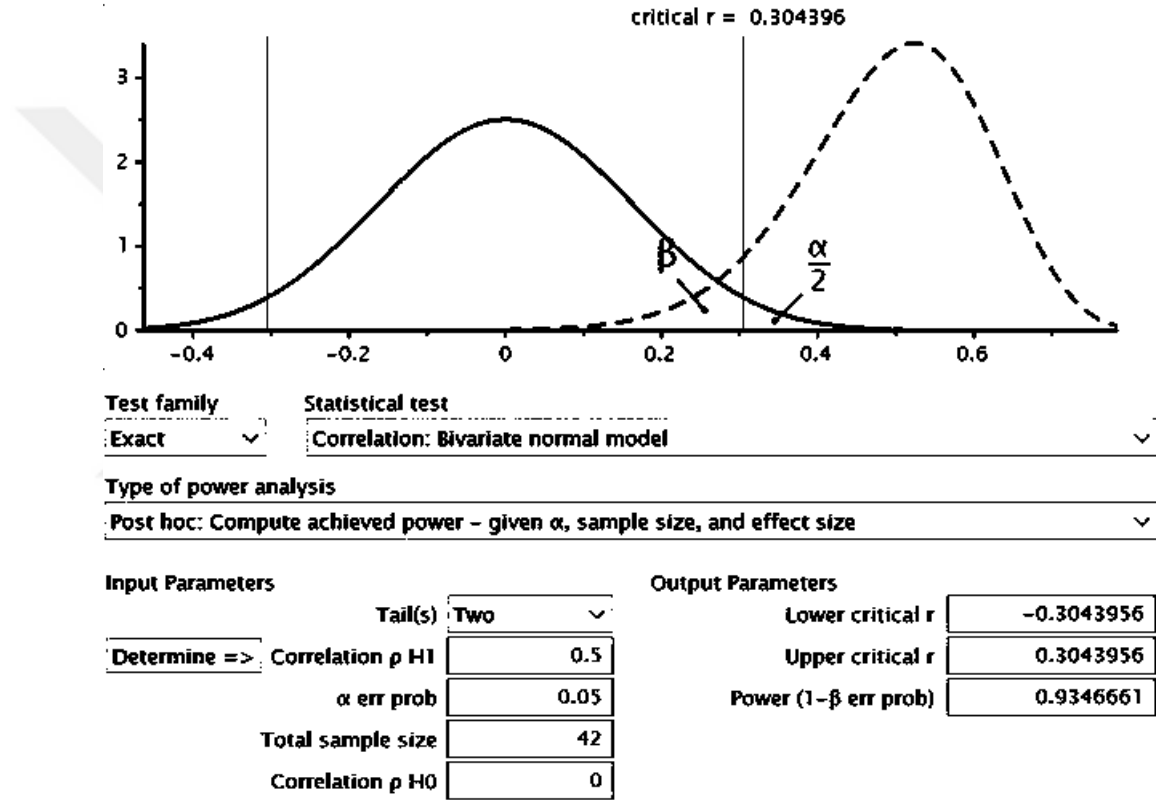
Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA) (Ek- 4) alkol/madde bağımlılık tedavisine katılma ve tedavide kalma nedenlerini ölçmek için düzenlenmiştir. Ryan ve arkadaşları tarafından 1995 yılında geliştirilmiştir. Psikometrik çalışmalarla alt ölçeklerin güvenilir ve geçerliliğinin kabul edilebilir boyutta olduğu belirtilmiştir.

Türkçe uyarlama çalışmasını Evren ve ark. 2006 yılında yapmışlardır. Ölçek 26 maddeden oluşmaktadır. “Kesinlikle katılıyorum” dan “Kesinlikle katılmıyorum” şeklinde oluşan 5’li likert tipi ölçektir. Tedavi motivasyonu anketi 4 alt boyutu kapsamaktadır. Bunlar içsel motivasyon, dışsal motivasyon, kişiler arası yardım arama ve tedaviye güvensizlik alt boyutlarıdır. İçsel motivasyon alt boyutu 11 maddeyle, dışsal motivasyon alt boyutu 4, tedaviye güven alt boyutu 5 ve kişilerarası yardım arama alt boyutu 6 maddeyle ölçülmektedir. Ölçekten alınan toplam puan minimum 26, maksimum 130’dur.

4. BULGULAR

4.1. Güç Analizi

Çalışmanın test gücünü hesaplamak için G Power 3.1.9.6 programından yararlanılmıştır. Çalışmada yer alan 42 kişi üzerinden araştırmanın test gücü hesaplandığında %95 güven, etki büyüklüğü 0.3 ve α yanılma payı 0.05 alınarak hesaplanan test gücü %93.4 olarak saptanmıştır.



Şekil 1: Güç analizi

4.2. Örneklemin İncelenmesi

Çalışmada yer alan katılımcılara ait sosyodemografik bilgilerinin dağılımı Frekans Analizi ile incelenmiş ve sonuçları Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1: Örnekleme ait tanımlayıcı istatistik bulgular

Faktör	Değişken	Sayı (n=42)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	7	16.7
	Erkek	35	83.3
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	9	21.4
	Lise	8	19.0
	Lisans	21	50.0
	Yüksek lisans	4	9.5
Medeni Durum	Evli	15	35.7
	Bekar	16	38.1
	Boşanmış	11	26.2
Çalışma Durumu	Çalışıyor	35	83.3
	Çalışmıyor	7	16.7
Aylık Gelir Düzeyi	0-4250 TL	6	14.3
	4251-6500 TL	11	26.2
	6501-10000 TL	12	28.6
	10001 TL ve üzeri	13	31.0
Psikolojik Rahatsızlık	Evet	8	19.0
	Hayır	34	81.0
Psikolojik Tedavi	Evet	8	19.0
	Hayır	34	81.0

Araştırmada yer alan 42 katılımcının cinsiyet değişkenine göre dağılımları incelendiğinde; 7 (%16.7) kadın ve 35 (%83.3) erkek olduğu görülmektedir.

Eğitim düzeyine dair katılımcıların dağılımları incelendiğinde; 9 (%21.4) kişinin ilköğretim, 8 (%19) kişinin lise, 21 (%50) kişinin lisans ve 4 (%9.5) kişinin yüksek lisans düzeyinde eğitim almış olduğu görülmektedir.

Katılımcıların medeni durumlarına yönelik dağılımları incelendiğinde; 15 (%35.7) kişinin evli, 16 (%38.1) kişinin bekar ve 11 (%26.2) kişinin ise boşanmış olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların çalışma durumlarına ilişkin dağılımları incelendiğinde; 35 (%83.3) kişinin çalıştığı ve 7 (%16.7) kişinin ise çalışmadığı görülmektedir.

Aylık gelir düzeyine göre katılımcıların dağılımları incelendiğinde; 6 (%14.3) kişinin 0-4250 TL, 11 (%26.2) kişinin 4251-6500 TL, 12 (%28.6) kişinin 6501-10000

TL, 13 (%31) kişinin 10001 TL ve üzerinde aylık gelir düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir.

Katılımcılara geçmişte herhangi bir psikolojik rahatsızlık geçirip geçirmedikleri sorulmuş ve 8 (%19) kişinin geçmişte herhangi bir psikolojik rahatsızlık geçirdiği, 34 (%81) kişininse geçmişte herhangi bir psikolojik rahatsızlık geçirmediği görülmüştür.

Katılımcılara herhangi bir psikolojik tedavi görüp görmedikleri sorulmuş ve 8 (%19) kişinin psikolojik tedavi gördüğü, 34 (%81) kişininse psikolojik tedavi görmediği görülmüştür.

Katılımcıların son bir yıl içerisinde kullandıkları maddeler ve maddelerin kullanım sıklıklarına yönelik bilgilerin dağılımları Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2: Örneklemin son 1 yıl içerisinde kullandıkları maddeler ve maddelerin kullanım sıklıklarına ait tanımlayıcı istatistik bulgular

Faktör	Değişken	Sayı (n=42)	Yüzde (%)
Alkol	Hiç	12	28.6
	Sadece 1 defa	6	14.3
	Ayda 1-3 defa	15	35.7
	Haftada 1-5 defa	4	9.5
	Hemen hemen her gün	4	9.5
Esrar	Hiç	34	81.0
	Sadece 1 defa	3	7.1
	Ayda 1-3 defa	3	7.1
	Haftada 1-5 defa	1	2.4
Ekstazi	Hiç	39	92.9
	Sadece 1 defa	2	4.8
Eroin	Hiç	40	95.2
	Sadece 1 defa	1	2.4
Kokain	Hiç	39	92.9
	Sadece 1 defa	5	4.8
Taş	Hiç	40	95.2
	Sadece 1 defa	1	2.4
Rohipnol/Rivotril	Hiç	41	97.6
Uçucu Maddeler	Hiç	41	97.6
Çeşitli Haplar	Hiç	38	90.5
	Sadece 1 defa	1	2.4
	Ayda 1-3 defa	2	4.8

Tablo 2: Örneklemin son 1 yıl içerisinde kullandıkları maddeler ve maddelerin kullanım sıklıklarına ait tanımlayıcı istatistik bulgular (devam)

Amfetamin Türevleri	Hiç	39	92.9
	Sadece 1 defa	1	2.4
	Ayda 1-3 defa	1	2.4
Diğer	Hiç	39	92.9
	Sadece 1 defa	1	2.4

Son bir yıl içerisinde katılımcıların alkol kullanımlarına ilişkin dağılımları incelendiğinde; 12 (%28.6) kişinin hiç, 6 (%14.3) kişinin sadece 1 defa, 15 (%35.7) kişinin ayda 1-3 defa, 4 (%9.5) kişinin haftada 1-5 defa ve 4 (%9.5) kişinin ise hemen hemen her gün alkol kullandığı saptanmıştır. Bununla birlikte 1 katılımcının soruyu cevapsız bıraktığı saptanmıştır.

Katılımcıların esrar kullanımlarına dair dağılımları incelendiğinde; 34 (%81) kişinin hiç, 3 (%7.1) kişinin sadece 1 defa, 3 (%7.1) kişinin ayda 1-3 defa ve 1 (%2.4) kişinin haftada 1-5 defa esrar kullandığı görülmüştür. Bununla birlikte 1 katılımcının soruyu cevapsız bıraktığı tespit edilmiştir.

Ekstazi kullanımına yönelik katılımcıların dağılımları incelendiğinde; 39 (%92.9) kişinin hiç ve 2 (%4.8) kişinin sadece 1 defa ekstazi kullandığı belirlenmiştir. Bununla birlikte 1 katılımcının soruyu cevapsız bıraktığı görülmüştür.

Katılımcıların eroin kullanımlarına dair dağılımları incelendiğinde; 40 (%95.2) kişinin hiç ve 1 (%2.4) kişinin sadece 1 defa eroin kullandığı görülmüştür. Bununla birlikte 1 katılımcının soruyu cevapsız bıraktığı saptanmıştır.

Katılımcıların kokain kullanımlarına ilişkin dağılımları incelendiğinde; 39 (%92.9) kişinin hiç ve 5 (%4.8) kişinin sadece 1 defa kokain kullandığı belirlenmiştir. Bununla birlikte 1 katılımcının soruyu cevapsız bıraktığı tespit edilmiştir.

Taş kullanımına dair katılımcıların dağılımları incelendiğinde; 40 (%95.2) kişinin hiç ve 1 (%2.4) kişinin sadece 1 defa taş kullandığı saptanmıştır. Bununla birlikte 1 katılımcının soruyu cevapsız bıraktığı görülmüştür.

Katılımcıların rohipnol/rivotril kullanımlarına yönelik dağılımları incelendiğinde; 41 (%97.6) kişinin hiç rohipnol/rivotril kullanmadığı görülmüştür. Bununla birlikte 1 katılımcının soruyu cevapsız bıraktığı saptanmıştır.

Uçucu maddelerin kullanımına göre katılımcıların dağılımları incelendiğinde; 41 (%97.6) kişinin hiç uçucu maddeler kullanmadığı belirlenmiştir. Bununla birlikte 1 katılımcının soruyu cevapsız bıraktığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların çeşitli haplar kullanımlarına dair dağılımları incelendiğinde; 38 (%90.5) kişinin hiç, 1 (%2.4) kişinin sadece 1 defa ve 2 (%4.8) kişinin ayda 1-3 defa çeşitli haplar kullandığı saptanmıştır. Bununla birlikte 1 katılımcının soruyu cevapsız bıraktığı görülmüştür.

Amfetamin kullanımına yönelik katılımcıların dağılımları incelendiğinde; 39 (%92.9) kişinin hiç, 1 (%2.4) kişinin sadece 1 defa ve 1 (%2.4) kişinin ayda 1-3 defa amfetamin kullandığı görülmüştür. Bununla birlikte 1 katılımcının soruyu cevapsız bıraktığı saptanmıştır.

Diğer maddelerin kullanımına dair katılımcıların dağılımları incelendiğinde; 39 (%92.9) kişinin hiç ve 1 (%2.4) kişinin sadece 1 defa diğer maddeleri kullandığı belirlenmiştir. Bununla birlikte 2 katılımcının soruyu cevapsız bıraktığı tespit edilmiştir.

Araştırmada yer alan katılımcıların yaş ortalamalarına dair veriler Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3: Katılımcılara ait yaş ortalamaları

Değişken	n	Min	Max	Ortalama (\bar{x})	Standart Sapma (SS)
Yaş	42	23	63	38.85	12.10

Araştırmada yer alan 42 katılımcının yaş aralıkları 23-63, yaşları ortalaması 38.85 ve standart sapma değeri 12.10 olarak saptanmıştır.

4.3. Ölçeklerin Normallik Dağılımları

Araştırma sorularının test edilmesinden önce, veri dağılımlarının standart normal dağılıma uygun olup olmadığı test edilmiştir. Sonuçlar Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4: Ölçeklerin normallik testi sonuçları

Ölçek Adı	Z	Skewness	Kurtosis	p
South Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT)	0.136	-0.488	-0.774	0.021*
Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA)	0.168	-0.667	-0.552	0.001*
Narsistik Kişilik Envanteri (NKE)	0.159	0.222	0.823	0.003*

* $p \leq 0.05$: İstatistiksel olarak anlamlı

Kolmogorov-Smirnov testinin sonuçlarına göre; çalışmada kullanılan South Oaks Kumar Tarama Testi ($z=0.136$; $p=0.021$), Tedavi Motivasyonu Anketi ($z=0.168$; $p=0.001$) ve Narsistik Kişilik Envanteri ($z=0.159$; $p=0.003$) puanlarının dağılımı standart normal dağılıma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir ve bu nedenle normal dağılıma uygun değildir ($p \leq 0,05$) ancak ilgili ölçeklerin basıklık ve çarpıklık değerleri incelendiğinde, değerlerin -1 ve +1 arasında yer aldığı görülmektedir. Basıklık ve çarpıklık değerlerin bu aralıkta yer alması durumunda Tabachnick ve Fidell (2013)'e göre ölçek puanlarının dağılımı, normal dağılıma uygun olarak kabul edilmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Bu kurala göre kullanılan ölçekler normal dağılıma uygundur ve buna bağlı olarak hipotez testlerinde parametrik testler kullanılmıştır.

4.4. Katılımcıların Kumar Bağımlılığı, Tedavi Motivasyonu ve Narsizm Düzeylerine İlişkin Bulgular

Araştırmada kullanılan tüm ölçeklere ait ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 5'de sunulmuştur.

Tablo 5: Ölçeklerin puan ortalamaları ve puan aralıkları

	n	\bar{x}	SS	Min	Max
SOKTT	42	10.21	1.55	8	12
TMA	42	82.26	12.25	46	105
İçsel Motivasyon	42	42.35	7.86	17	55
Dışsal Motivasyon	42	8.47	3.03	4	16
Kişilerarası Yardım Arama	42	19.21	4.77	5	25
Tedaviye Güven	42	12.21	2.94	5	17
NKE	42	7.90	2.56	1	15
Otorite	42	0.90	0.54	0	2
Kendine Yeterlilik	42	1.33	1.22	0	3
Üstünlük	42	1.71	1.04	0	3
Teşhircilik	42	1.26	0.66	0	2
Sömürücülük	42	1.50	0.83	0	3
Hak İddia Etme	42	1.30	0.79	0	3

Katılımcıların SOKTT puanlarının ortalaması 10.21 olarak saptanmıştır. Katılımcıların TMA toplam puanlarının ortalaması 82.26, alt boyutlarından İçsel Motivasyon puanlarının ortalaması 42.35, Dışsal Motivasyon puanlarının ortalaması 8.47, Kişilerarası Yardım Arama puanlarının ortalaması 19.21 ve Tedaviye Güven puanlarının ortalaması 12.21 olarak saptanmıştır. Buna göre katılımcıların İçsel Motivasyon puanları ölçeğin diğer alt boyutlarından daha yüksektir. Katılımcıların NKE toplam puanlarının ortalaması 7.79, alt boyutlarından Otorite puanlarının ortalaması 0.90, Kendine Yeterlilik puanlarının ortalaması 1.33, Üstünlük puanlarının ortalaması 1.71, Teşhircilik puanlarının ortalaması 1.26, Sömürücülük puanlarının ortalaması 1.50 ve Hak İddia Etme puanlarının ortalaması 1.30 olarak saptanmıştır. Buna göre katılımcıların Üstünlük puanları ölçeğin diğer alt boyutlarından daha yüksektir.

4.5. Kumar Bağımlılığı, Tedavi Motivasyonu ve Narsizm Düzeyi İle Cinsiyet Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyinin cinsiyete göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda t-Testi Analizi sonuçları Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6: Örneklemde kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi puanları ile cinsiyet arasındaki ilişkiye ait t-testi sonuçları

	Cinsiyet	n	\bar{x}	SS	t	p
SOKTT	Kadın	7	10.71	1.38	0.931	0.358
	Erkek	35	10.11	1.58		
TMA	Kadın	7	75.28	13.22	-1.686	0.100
	Erkek	35	83.65	11.75		
İçsel Motivasyon	Kadın	7	38.85	10.02	-1.301	0.201
	Erkek	35	43.05	7.33		
Dışsal Motivasyon	Kadın	7	9.14	2.41	0.633	0.530
	Erkek	35	8.34	3.15		
Kişilerarası Yardım Arama	Kadın	7	15.42	5.82	-2.434	0.019*
	Erkek	35	19.97	4.23		
Tedaviye Güven	Kadın	7	11.85	3.71	-0.348	0.730
	Erkek	35	12.28	2.82		
NKE	Kadın	7	8.00	2.16	0.106	0.916
	Erkek	35	7.88	2.66		
Otorite	Kadın	7	1.00	0.57	0.529	0.600
	Erkek	35	0.87	0.54		

Tablo 6: Örneklemin kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi puanları ile cinsiyet arasındaki ilişkiye ait t-testi sonuçları (devam)

<i>Kendine Yeterlilik</i>	Kadın	7	0.85	0.69	-1.681	0.112
	Erkek	35	1.42	1.28		
<i>Üstünlük</i>	Kadın	7	2.14	0.89	1.198	0.238
	Erkek	35	1.62	1.05		
<i>Teşhircilik</i>	Kadın	7	1.42	0.53	0.722	0.474
	Erkek	35	1.22	0.68		
<i>Sömürücülük</i>	Kadın	7	1.28	0.48	-0.741	0.463
	Erkek	35	1.54	0.88		
<i>Hak İddia Etme</i>	Kadın	7	1.28	1.11	-0.052	0.959
	Erkek	35	1.30	0.72		

* $p \leq 0.05$: İstatistiksel olarak anlamlı

Yapılan analiz sonuçlarına göre; TMA alt boyutlarından Kişilerarası Yardım Arama puanları cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p \leq 0,05$). Erkek katılımcıların Kişilerarası Yardım Arama ($t(40) = -2.434$; $p < 0.05$) puanları kadın katılımcılara göre anlamlı derecede farklı ve yüksek olarak saptanmıştır.

4.6. Kumar Bağımlılığı, Tedavi Motivasyonu ve Narsizm Düzeyi İle Eğitim Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyinin eğitim düzeyine göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7: Örneklemin kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi puanları ile eğitim düzeyi arasındaki ilişkiye ait ANOVA sonuçları

	Eğitim Düzeyi	n	\bar{x}	SS	Min	Max	F	p	Fark
SOKTT	(1) İlköğretim	9	11.33	1.00	9	12	4.468	0.009*	1-3
	(2) Lise	8	10.50	1.41	8	12			
	(3) Lisans	21	9.47	1.56	7	12			
	(4) Yüksek lisans	4	11.00	0.81	10	12			
TMA	(1) İlköğretim	9	83.11	11.92	62	102	0.391	0.760	
	(2) Lise	8	79.37	15.25	46	97			
	(3) Lisans	21	82.00	12.29	46	105			
	(4) Yüksek lisans	4	87.50	7.85	82	99			
İçsel Motivasyon	(1) İlköğretim	9	40.44	6.38	30	51	0.973	0.415	
	(2) Lise	8	39.25	9.96	17	51			
	(3) Lisans	21	44.04	7.89	21	55			
	(4) Yüksek lisans	4	44.00	5.35	41	52			
Dışsal Motivasyon	(1) İlköğretim	9	8.33	3.60	4	16	0.213	0.886	
	(2) Lise	8	8.00	0.92	7	10			
	(3) Lisans	21	8.52	3.28	4	16			
	(4) Yüksek lisans	4	9.50	3.87	6	15			
Kişilerarası Yardım Arama	(1) İlköğretim	9	21.33	3.64	14	24	1.060	0.378	
	(2) Lise	8	18.50	5.70	7	24			
	(3) Lisans	21	18.28	5.05	5	25			
	(4) Yüksek lisans	4	20.75	2.36	19	24			

Tablo 7: Örneklemin kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi puanları ile eğitim düzeyi arasındaki ilişkiye ait ANOVA sonuçları (devam)

<i>Tedaviye Güven</i>	(1) İlköğretim	9	13.00	2.91	7	17	2.070	0.120	
	(2) Lise	8	13.62	1.92	12	17			
	(3) Lisans	21	11.14	3.22	5	17			
	(4) Yüksek lisans	4	13.25	0.95	12	14			
NKE	(1) İlköğretim	9	8.11	3.01	5	15	2.968	0.044*	3-4
	(2) Lise	8	7.12	2.29	5	12			
	(3) Lisans	21	8.66	1.85	6	12			
	(4) Yüksek lisans	4	5.00	3.65	1	9			
<i>Otorite</i>	(1) İlköğretim	9	1.11	0.33	1	2	0.673	0.574	
	(2) Lise	8	0.85	0.69	0	2			
	(3) Lisans	21	0.85	0.57	0	2			
	(4) Yüksek lisans	4	0.66	0.57	0	1			
<i>Kendine Yeterlilik</i>	(1) İlköğretim	9	1.11	1.36	0	3	1.122	0.352	
	(2) Lise	8	1.25	1.28	0	3			
	(3) Lisans	21	1.61	1.16	0	3			
	(4) Yüksek lisans	4	0.50	1.00	0	2			
<i>Üstünlük</i>	(1) İlköğretim	9	2.00	1.22	0	3	1.034	0.393	
	(2) Lise	8	1.50	0.75	0	2			
	(3) Lisans	21	1.80	0.98	0	3			
	(4) Yüksek lisans	4	1.00	1.41	0	3			
<i>Teşhircilik</i>	(1) İlköğretim	9	1.22	0.83	0	2	1.034	0.389	
	(2) Lise	8	1.62	0.51	1	2			
	(3) Lisans	21	1.14	0.65	0	2			
	(4) Yüksek lisans	4	1.25	0.50	1	2			
<i>Sömürücülük</i>	(1) İlköğretim	9	1.44	0.88	0	3	1.214	0.318	
	(2) Lise	8	1.25	0.46	1	2			
	(3) Lisans	21	1.71	0.84	0	3			
	(4) Yüksek lisans	4	1.00	1.15	0	2			
<i>Hak İddia Etme</i>	(1) İlköğretim	9	1.37	0.51	1	2	2.131	0.113	
	(2) Lise	8	0.85	0.89	0	2			
	(3) Lisans	21	1.52	0.74	0	3			
	(4) Yüksek lisans	4	0.75	0.95	0	2			

* $p \leq 0.05$: İstatistiksel olarak anlamlı

Analiz sonuçlarına göre; SOKTT ($F_{(3,38)}=4.468$; $p < 0.05$) ve NKE toplam ($F_{(3,38)}=2.968$; $p < 0.05$) puanları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı düzeyde bir fark

bulunmaktadır. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Tukey Post-Hoc testi sonuçlarına göre;

SOKTT için; ilköğretim eğitim düzeyi ile lisans eğitim düzeyi arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı görülmektedir. Eğitim düzeyi ilköğretim olan katılımcıların SOKTT puanlarının eğitim düzeyi lisans olan katılımcılardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

NKE için; lisans eğitim düzeyi ile yüksek lisans eğitim düzeyi arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı görülmektedir. Eğitim düzeyi lisans olan katılımcıların NKE puanlarının eğitim düzeyi yüksek lisans olan katılımcılardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

4.7. Kumar Bağımlılığı, Tedavi Motivasyonu ve Narsizm Düzeyi İle Medeni Durum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyinin medeni duruma göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8: Örneklem kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi puanları ile medeni durum arasındaki ilişkiye ait ANOVA sonuçları

	Medeni Durum	n	\bar{x}	SS	Min	Max	F	p	Fark
SOKTT	(1) Evli	15	9.80	1.82	7	12	3.965	0.027*	1-3 2-3
	(2) Bekar	16	9.87	1.40	8	12			
	(3) Boşanmış	11	11.27	0.78	10	12			
TMA	(1) Evli	15	85.40	8.45	72	105	2.199	0.125	
	(2) Bekar	16	83.68	9.72	61	99			
	(3) Boşanmış	11	75.90	17.65	46	102			
İçsel Motivasyon	(1) Evli	15	44.53	6.06	33	54	3.828	0.030*	1-3
	(2) Bekar	16	43.93	6.04	34	55			
	(3) Boşanmış	11	37.09	10.27	17	51			
Dışsal Motivasyon	(1) Evli	15	7.53	2.92	4	16	1.583	0.218	
	(2) Bekar	16	9.43	3.74	4	16			
	(3) Boşanmış	11	8.36	1.36	6	10			

Tablo 8: Örneklem kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi puanları ile medeni durum arasındaki ilişkiye ait ANOVA sonuçları (devam)

<i>Kişilerarası Yardım Arama</i>	(1) Evli	15	20.66	3.81	14	25		
	(2) Bekar	16	18.56	5.07	5	25	1.108	0.340
	(3) Boşanmış	11	18.18	5.41	7	24		
<i>Tedaviye Güven</i>	(1) Evli	15	12.66	1.87	9	17		
	(2) Bekar	16	11.75	3.58	5	17	0.367	0.695
	(3) Boşanmış	11	12.27	3.25	7	17		
NKE	(1) Evli	15	7.60	3.04	1	12		
	(2) Bekar	16	8.00	1.75	5	12	0.174	0.841
	(3) Boşanmış	11	8.18	3.02	3	15		
<i>Otorite</i>	(1) Evli	15	0.71	0.46	0	1		
	(2) Bekar	16	1.00	0.63	0	2	1.266	0.294
	(3) Boşanmış	11	1.00	0.47	0	2		
<i>Kendine Yeterlilik</i>	(1) Evli	15	1.40	1.29	0	3		
	(2) Bekar	16	1.75	1.12	0	3	3.004	0.061
	(3) Boşanmış	11	0.63	1.02	0	3		
<i>Üstünlük</i>	(1) Evli	15	1.66	0.81	0	3		
	(2) Bekar	16	1.31	1.07	0	3	3.791	0.031* 2-3
	(3) Boşanmış	11	2.36	1.02	0	3		
<i>Teşhircilik</i>	(1) Evli	15	1.33	0.61	0	2		
	(2) Bekar	16	1.00	0.63	0	2	2.499	0.095
	(3) Boşanmış	11	1.54	0.68	0	2		
<i>Sömürücülük</i>	(1) Evli	15	1.40	0.91	0	3		
	(2) Bekar	16	1.50	0.81	0	3	0.246	0.783
	(3) Boşanmış	11	1.63	0.80	0	3		
<i>Hak İddia Etme</i>	(1) Evli	15	1.21	0.80	0	2		
	(2) Bekar	16	1.53	0.74	0	3	1.126	0.335
	(3) Boşanmış	11	1.09	0.83	0	2		

* $p \leq 0.05$: İstatistiksel olarak anlamlı

Yapılan analiz sonuçlarına göre; SOKTT ($F_{(3,39)}=3.965$; $p < 0.05$), TMA alt boyutlarından İçsel Motivasyon ($F_{(3,39)}=3.828$; $p < 0.05$) ve NKE alt boyutlarından Üstünlük ($F_{(3,39)}=3.791$; $p < 0.05$) puanları ile medeni durum arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunmaktadır. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Tukey Post-Hoc testi sonuçlarına göre;

SOKTT için; medeni durumu boşanmış olan grubun evli ve bekar grupları ile arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı görülmektedir. Boşanmış olan

katılımcıların SOKTT puanlarının medeni durumu evli ve bekar olan katılımcılardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

İçsel Motivasyon için; medeni durumu evli olan grubun ve boşanmış grup ile aralarındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı görülmektedir. Evli olan katılımcıların İçsel Motivasyon puanlarının medeni durumu boşanmış olan katılımcılardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Üstünlük için; medeni durumu bekar olan grup ve boşanmış grup ile aralarındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı görülmektedir. Boşanmış olan katılımcıların Üstünlük puanlarının medeni durumu bekar olan katılımcılardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

4.8. Kumar Bağımlılığı, Tedavi Motivasyonu ve Narsizm Düzeyi İle Çalışma Durumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyinin çalışma durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda t-Testi Analizi sonuçları Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9: Örneklemin kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi puanları ile çalışma durumu arasındaki ilişkiye ait t-testi sonuçları

	Çalışma Durumu	n	\bar{x}	SS	t	p
SOKTT	Çalışıyor	35	10.02	1.58	-1.776	0.083
	Çalışmıyor	7	11.14	1.06		
TMA	Çalışıyor	35	82.28	12.49	0.028	0.978
	Çalışmıyor	7	82.14	11.90		
İçsel Motivasyon	Çalışıyor	35	42.31	7.90	-0.078	0.938
	Çalışmıyor	7	42.57	8.26		
Dışsal Motivasyon	Çalışıyor	35	8.45	3.22	-0.090	0.929
	Çalışmıyor	7	8.57	1.90		
Kişilerarası Yardım Arama	Çalışıyor	35	19.37	4.45	0.473	0.639
	Çalışmıyor	7	18.42	6.50		
Tedaviye Güven	Çalışıyor	35	12.14	2.85	-0.348	0.730
	Çalışmıyor	7	12.57	3.59		
NKE	Çalışıyor	35	7.97	2.33	0.373	0.711
	Çalışmıyor	7	7.57	3.73		

Tablo 9: Örneklemin kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi puanları ile çalışma durumu arasındaki ilişkiye ait t-testi sonuçları (devam)

<i>Otorite</i>	Çalışıyor	35	0.84	0.50	-1.309	0.198
	Çalışmıyor	7	1.14	0.69		
<i>Kendine Yeterlilik</i>	Çalışıyor	35	1.42	1.22	1.132	0.264
	Çalışmıyor	7	0.85	1.21		
<i>Üstünlük</i>	Çalışıyor	35	1.68	1.07	-0.393	0.696
	Çalışmıyor	7	1.85	0.89		
<i>Teşhircilik</i>	Çalışıyor	35	1.22	0.68	-0.722	0.474
	Çalışmıyor	7	1.42	0.53		
<i>Sömürücülük</i>	Çalışıyor	35	1.57	0.81	1.250	0.219
	Çalışmıyor	7	1.14	0.89		
<i>Hak İddia Etme</i>	Çalışıyor	35	1.33	0.77	0.574	0.570
	Çalışmıyor	7	1.14	0.89		

Analiz sonuçlarına göre; kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

4.9. Kumar Bağımlılığı, Tedavi Motivasyonu ve Narsizm Düzeyi İle Aylık Gelir Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyinin aylık gelir düzeyine göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10: Örneklemin kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi puanları ile aylık gelir düzeyi arasındaki ilişkiye ait ANOVA sonuçları

	Aylık Gelir Düzeyi	n	\bar{x}	SS	Min	Max	F	p
SOKTT	(1) 0-4250 TL	6	11.16	1.16	9	12	1.252	0.305
	(2) 4251-6500 TL	11	10.00	1.61	8	12		
	(3) 6501-10000 TL	12	9.75	1.65	7	12		
	(4) 10001 TL ve üzeri	13	10.38	1.50	8	12		
TMA	(1) 0-4250 TL	6	82.16	13.04	62	102	0.384	0.765
	(2) 4251-6500 TL	11	79.00	14.65	46	96		
	(3) 6501-10000 TL	12	84.41	9.01	74	105		
	(4) 10001 TL ve üzeri	13	83.07	13.18	46	99		
İçsel Motivasyon	(1) 0-4250 TL	6	42.83	9.02	30	55	0.104	0.957
	(2) 4251-6500 TL	11	41.27	8.71	21	53		
	(3) 6501-10000 TL	12	43.08	4.56	36	54		
	(4) 10001 TL ve üzeri	13	42.38	9.65	17	52		
Dışsal Motivasyon	(1) 0-4250 TL	6	9.00	1.67	8	12	0.214	0.886
	(2) 4251-6500 TL	11	8.36	2.94	4	16		
	(3) 6501-10000 TL	12	8.83	3.92	4	16		
	(4) 10001 TL ve üzeri	13	8.00	2.88	4	15		
Kişilerarası Yardım Arama	(1) 0-4250 TL	6	18.00	7.01	5	24	0.229	0.876
	(2) 4251-6500 TL	11	18.90	4.52	10	24		
	(3) 6501-10000 TL	12	19.33	3.84	14	25		
	(4) 10001 TL ve üzeri	13	19.92	5.02	7	25		
Tedaviye Güven	(1) 0-4250 TL	6	12.33	3.88	7	17	2.030	0.126
	(2) 4251-6500 TL	11	10.45	3.29	5	16		
	(3) 6501-10000 TL	12	13.16	2.28	8	17		
	(4) 10001 TL ve üzeri	13	12.76	2.31	9	17		
NKE	(1) 0-4250 TL	6	8.33	3.44	6	15	0.358	0.784
	(2) 4251-6500 TL	11	8.45	1.69	5	11		
	(3) 6501-10000 TL	12	7.58	2.67	3	12		
	(4) 10001 TL ve üzeri	13	7.53	2.81	1	12		
Otorite	(1) 0-4250 TL	6	1.66	0.75	0	2	1.617	0.203
	(2) 4251-6500 TL	11	1.10	0.56	0	2		
	(3) 6501-10000 TL	12	0.72	0.46	0	1		
	(4) 10001 TL ve üzeri	13	0.76	0.43	0	1		

Tablo 10: Örneklemin kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi puanları ile aylık gelir düzeyi arasındaki ilişkiye ait ANOVA sonuçları (devam)

<i>Kendine Yeterlilik</i>	(1) 0-4250 TL	6	1.00	1.26	0	3	0.246	0.863
	(2) 4251-6500 TL	11	1.54	1.36	0	3		
	(3) 6501-10000 TL	12	1.33	1.30	0	3		
	(4) 10001 TL ve üzeri	13	1.30	1.10	0	3		
<i>Üstünlük</i>	(1) 0-4250 TL	6	2.00	0.89	1	3	0.557	0.646
	(2) 4251-6500 TL	11	1.63	1.12	0	3		
	(3) 6501-10000 TL	12	1.91	1.08	0	3		
	(4) 10001 TL ve üzeri	13	1.46	1.05	0	3		
<i>Teşhircilik</i>	(1) 0-4250 TL	6	1.50	0.54	1	2	0.452	0.718
	(2) 4251-6500 TL	11	1.18	0.75	0	2		
	(3) 6501-10000 TL	12	1.33	0.65	0	2		
	(4) 10001 TL ve üzeri	13	1.15	0.68	0	2		
<i>Sömürücülük</i>	(1) 0-4250 TL	6	1.33	0.81	1	3	1.975	0.134
	(2) 4251-6500 TL	11	1.81	0.98	0	3		
	(3) 6501-10000 TL	12	1.08	0.66	0	2		
	(4) 10001 TL ve üzeri	13	1.69	0.75	0	3		
<i>Hak İddia Etme</i>	(1) 0-4250 TL	6	1.33	0.81	0	2	0.351	0.789
	(2) 4251-6500 TL	11	1.27	0.78	0	2		
	(3) 6501-10000 TL	12	1.50	0.84	0	3		
	(4) 10001 TL ve üzeri	13	1.15	0.80	0	2		

Yapılan analiz sonuçlarına göre; kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi ile aylık gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

4.10. Kumar Bağımlılığı, Tedavi Motivasyonu ve Narsizm Düzeyi İle Psikolojik Rahatsızlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyinin psikolojik rahatsızlığa göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda t-Testi Analizi sonuçları Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11: Örneklemin kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi puanları ile psikolojik rahatsızlık arasındaki ilişkiye ait t-testi sonuçları

	Psikolojik Rahatsızlık	N	\bar{x}	SS	t	p
SOKTT	Evet	8	11.00	0.75	2.500	0.019*
	Hayır	34	10.02	1.64		
TMA	Evet	8	77.00	14.76	-1.364	0.180
	Hayır	34	83.50	11.49		
İçsel Motivasyon	Evet	8	38.25	8.51	-1.678	0.101
	Hayır	34	43.32	7.51		
Dışsal Motivasyon	Evet	8	8.25	1.03	-0.411	0.684
	Hayır	34	8.52	3.34		
Kişilerarası Yardım Arama	Evet	8	18.12	3.90	-0.713	0.480
	Hayır	34	19.47	4.96		
Tedaviye Güven	Evet	8	12.37	3.33	0.170	0.866
	Hayır	34	12.17	2.89		
NKE	Evet	8	7.75	1.58	-0.187	0.852
	Hayır	34	7.94	2.76		
Otorite	Evet	8	0.85	0.69	-0.226	0.822
	Hayır	34	0.90	0.52		
Kendine Yeterlilik	Evet	8	1.12	1.24	-0.531	0.599
	Hayır	34	1.38	1.23		
Üstünlük	Evet	8	2.00	0.92	0.859	0.396
	Hayır	34	1.64	1.06		
Teşhircilik	Evet	8	1.50	0.53	1.130	0.265
	Hayır	34	1.20	0.68		
Sömürücülük	Evet	8	1.25	0.46	-1.377	0.183
	Hayır	34	1.55	0.89		
Hak İddia Etme	Evet	8	1.12	0.99	-0.695	0.491
	Hayır	34	1.34	0.74		

* $p \leq 0.05$: İstatistiksel olarak anlamlı

Analiz sonuçlarına göre; SOKTT puanları psikolojik rahatsızlığa göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p \leq 0,05$). Psikolojik rahatsızlığı bulunan katılımcıların SOKTT ($t(40)=2.500$; $p < 0.05$) puanları psikolojik rahatsızlığı bulunmayan katılımcılara göre anlamlı derecede farklı ve yüksek olarak saptanmıştır.

4.11. Kumar Bağımlılığı, Tedavi Motivasyonu ve Narsizm Düzeyi İle Psikolojik Tedavi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyinin psikolojik tedaviye göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda t-Testi Analizi sonuçları Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12: Örneklem kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi puanları ile psikolojik tedavi arasındaki ilişkiye ait t-testi sonuçları

	Psikolojik Tedavi	n	\bar{x}	SS	t	p
SOKTT	Evet	8	8.87	1.35	-2.952	0.005*
	Hayır	34	10.52	1.44		
TMA	Evet	8	84.50	10.33	0.569	0.572
	Hayır	34	81.73	12.74		
İçsel Motivasyon	Evet	8	46.00	4.37	1.477	0.147
	Hayır	34	41.50	8.29		
Dışsal Motivasyon	Evet	8	7.62	3.77	-0.881	0.384
	Hayır	34	8.67	2.85		
Kişilerarası Yardım Arama	Evet	8	19.37	4.47	0.105	0.917
	Hayır	34	19.17	4.90		
Tedaviye Güven	Evet	8	11.50	2.87	-0.759	0.452
	Hayır	34	12.38	2.97		
NKE	Evet	8	7.50	1.60	-0.492	0.626
	Hayır	34	8.00	2.75		

Tablo 12: Örneklem kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi puanları ile psikolojik tedavi arasındaki ilişkiye ait t-testi sonuçları (devam)

Otorite	Evet	8	0.71	0.75	-0.992	0.328
	Hayır	34	0.93	0.49		
Kendine Yeterlilik	Evet	8	2.25	1.16	2.503	0.017*
	Hayır	34	1.11	1.14		
Üstünlük	Evet	8	1.12	1.12	-1.827	0.075
	Hayır	34	1.85	0.98		
Teşhircilik	Evet	8	1.00	0.75	-1.247	0.220
	Hayır	34	1.32	0.63		
Sömürücülük	Evet	8	1.25	0.88	-0.941	0.352
	Hayır	34	1.55	0.82		
Hak İddia Etme	Evet	8	1.66	0.51	1.240	0.223
	Hayır	34	1.23	0.81		

* $p \leq 0.05$: İstatistiksel olarak anlamlı

Yapılan analiz sonuçlarına göre; SOKTT puanları psikolojik tedavi alımına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p \leq 0,05$). Psikolojik tedavi almamış olan katılımcıların SOKTT ($t(40) = -2.952$; $p < 0.05$) puanları psikolojik tedavi almış olan katılımcılara göre anlamlı derecede farklı ve yüksek olarak saptanmıştır. Bununla birlikte psikolojik tedavi almış olan katılımcıların NKE alt boyutlarından Kendine Yeterlilik ($t(40) = -2.503$; $p < 0.05$) puanları psikolojik tedavi almamış olan katılımcılara göre anlamlı derecede farklı ve yüksek olarak saptanmıştır.

4.12. Kumar Bağımlılığı, Tedavi Motivasyonu ve Narsizm Düzeyi İle Yaş Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyinin yaş ile arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını test etmek için Pearson Korelasyon testi uygulanmış ve sonuçları Tablo 13’de verilmiştir.

Tablo 13: Örneklemin ölçek puanlarının yaş ile arasındaki ilişkinin korelasyon analizi sonuçları

		Yaş
SOKTT	R	0.130
	P	0.424
TMA	R	-0.145
	P	0.371
İçsel Motivasyon	R	-0.142
	P	0.383

Tablo 13: Örneklemin ölçek puanlarının yaş ile arasındaki ilişkinin korelasyon analizi sonuçları (devam)

Dışsal Motivasyon	R	-0.067
	P	0.683
Kişilerarası Yardım Arama	R	-0.080
	P	0.624
Tedaviye Güven	R	-0.031
	P	0.851
NKE	R	0.042
	P	0.799
Otorite	R	-0.027
	P	0.871
Kendine Yeterlilik	R	-0.146
	P	0.369
Üstünlük	R	0.165
	P	0.309
Teşhircilik	R	-0.036
	P	0.824
Sömürücülük	R	0.109
	P	0.501
Hak İddia Etme	R	-0.001
	P	0.994

Analiz sonuçlarına göre; kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

4.13. Kumar Bağımlılığı, Tedavi Motivasyonu ve Narsizm Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Kumar bağımlılığı, tedavi motivasyonu ve narsizm düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan Pearson Korelasyon Analizi sonuçları Tablo 14'de verilmiştir.



Tablo 14: Ölçekler arasındaki ilişkinin korelasyon analizi sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(1) SOKTT	r 1												
(2) TMA	r 0.049	1											
(3) İçsel Motivasyon	r -0.214	0.822**	1										
(4) Dışsal Motivasyon	r 0.055	0.504**	0.231	1									
(5) Kişilerarası Yardım Arama	r 0.332*	0.648**	0.310*	0.074	1								
(6) Tedaviye Güven	r 0.182	0.398**	0.011	0.333*	0.176	1							
(7) NKE	r -0.209	0.093	0.212	-0.032	-0.044	-0.075	1						
(8) Otorite	r 0.152	0.157	0.191	-0.076	0.189	-0.083	0.410**	1					
(9) Kendine Yeterlilik	r -0.372*	0.163	0.327*	0.088	-0.159	-0.027	0.446**	-0.019	1				
(10) Üstünlük	r 0.129	-0.116	-0.178	-0.133	0.037	0.068	0.510**	0.166	-0.363*	1			
(11) Teşircilik	r -0.056	-0.218	-0.172	-0.100	-0.226	0.020	0.315*	-0.007	-0.230	0.392*	1		
(12) Sömürücülük	r -0.216	0.032	0.158	-0.106	0.009	-0.194	0.707**	0.388*	0.263	0.196	0.242	1	
(13) Hak İddia Etme	r -0.167	0.195	0.282	0.102	-0.012	-0.026	0.550**	0.068	0.328*	0.251	-0.145	0.065	1

* $p < 0.05$: İstatistiksel olarak anlamlı, ** $p < 0.01$: İstatistiksel olarak anlamlı

Korelasyon analizi sonuçlarına göre; SOKTT ile TMA alt boyutlarından Kişilerarası Yardım Arama ($r=0.332$; $p=0.031$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır. Diğer taraftan SOKTT ile NKE alt boyutlarından Kendine Yeterlilik ($r=-0.372$; $p=0.015$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir ilişki saptanmıştır.

TMA toplam ile alt boyutları İçsel Motivasyon ($r=0.822$; $p=0.000$), Dışsal Motivasyon ($r=0.504$; $p=0.001$), Kişilerarası Yardım Arama ($r=0.648$; $p=0.000$) ve Tedaviye Güven ($r=0.398$; $p=0.009$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır.

TMA alt boyutlarından İçsel Motivasyon ile Kişilerarası Yardım Arama ($r=0.310$; $p=0.046$) ve NKE alt boyutlarından Kendine Yeterlilik ($r=0.327$; $p=0.034$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki belirlenmiştir.

TMA alt boyutlarından Dışsal Motivasyon ile Tedaviye Güven ($r=0.333$; $p=0.031$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır.

NKE toplam ile alt boyutları Otorite ($r=0.410$; $p=0.009$), Kendine Yeterlilik ($r=0.446$; $p=0.003$), Üstünlük ($r=0.510$; $p=0.001$), Teşhircilik ($r=0.315$; $p=0.042$), Sömürücülük ($r=0.707$; $p=0.000$) ve Hak İddia Etme ($r=0.550$; $p=0.000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır.

NKE alt boyutlarından Otorite ile Sömürücülük ($r=0.388$; $p=0.013$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki belirlenmiştir.

NKE alt boyutlarından Kendine Yeterlilik ile Üstünlük ($r=-0.363$; $p=0.018$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir ilişki saptanmıştır. Diğer taraftan Kendine Yeterlilik ile Hak İddia Etme ($r=0.328$; $p=0.039$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki görülmüştür.

NKE alt boyutlarından Üstünlük ile Teşhircilik ($r=0.392$; $p=0.010$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır.

Hipotez Sonuçları:

- “H1: Kumar oynama bozukluğu olan hastalarda NKE alt boyutu olan kendine yeterlilik puanı ile TMA kişiler arası alt boyutu arasında negatif bir ilişki

beklenmektedir.” hipotezini test etmek adına yapılan Pearson Korelasyon Analizi sonuçlarına göre, NKE alt boyutu olan kendine yeterlilik puanı ile TMA kişiler arası alt boyutu arasında anlamlı ve negatif bir ilişki bulunmamaktadır. Buna göre H1 hipotezi doğrulanmamıştır.

- “H2: Kumar oynama bozukluğu olan hastalarda NKE alt boyutu olan üstünlük puanı ile TMA kişiler arası alt boyutu arasında negatif bir ilişki beklenmektedir.” hipotezini test etmek adına yapılan Pearson Korelasyon Analizi sonuçlarına göre, NKE alt boyutu olan üstünlük puanı ile TMA kişiler arası alt boyutu arasında anlamlı ve negatif bir ilişki bulunmamaktadır. Buna göre H2 hipotezi doğrulanmamıştır.
- “H3: Kumar oynama bozukluğu olan hastalarda narsistik kişilik özellikleriyle yardım arama davranışı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki beklenmektedir.” hipotezini test etmek adına yapılan Pearson Korelasyon Analizi sonuçlarına göre, narsistik kişilik özellikleriyle yardım arama davranışı arasında bir ilişki bulunmamaktadır. Buna göre H3 hipotezi doğrulanmamıştır.
- “Narsisizm ve kumar bağımlılığı arasındaki ilişki var mı?” araştırma sorusunu test etmek adına yapılan Pearson Korelasyon Analizi sonuçlarına göre, Narsisizm ve kumar bağımlılığı arasında bir ilişki bulunmamaktadır. Buna göre ilgili araştırma sorusu doğrulanmamıştır.
- “Narsistik özelliklere sahip kumar bağımlıları yardım arama davranışı sergilerler mi?” araştırma sorusunu test etmek adına yapılan Pearson Korelasyon Analizi sonuçlarına göre, SOKTT puanı ile TMA kişilerarası yardım arama alt boyutu ($r=0.332$; $p=0.031$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Buna göre ilgili araştırma sorusu doğrulanmıştır.

5. TARTIŞMA

Bu araştırma kumar oynama bozukluğu tanısı alan hastaların narsistik kişilik özellikleri ve yardım arama davranışı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bir çalışmadır. Yapılan analizler sonucunda araştırma hipotezlerinin bir kısmı doğrulanmamıştır. Bu kısımda araştırmanın amacına ve hipotezlerine göre yapılan analizler literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

Örnekleme grubumuz 7'si kadın 35'i erkek olan hastalardan oluşmaktadır. Yapılan çalışmada kumar oynama bozukluğu tanısı almış olan erkek katılımcıların çoğunlukta olduğu görülmektedir. Çalışmadan elde edilen sonuçlara bakıldığında cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Kumar oynama bozukluğu tanısı alan bireylerin cinsiyetlerine göre incelendiğinden erkeklerin kadınlardan daha yüksek boyutta kumar oynama davranışı sergilediği belirtilmektedir (Çakmak ve Tamam, 2018). Çakıcı (2012) araştırmasında erkek olmanın kumar oynama davranışı için bir risk olduğunu ortaya çıkartmıştır (Çakıcı M. , 2012).

Bu çalışmada erkeklerin kişilerarası yardım arama davranışının kadınlara kıyasla anlamlı derece de farklı ve yüksek olduğunu görülmüştür. Bu sonucun kumar bağımlılığının erkek cinsiyetinde daha yüksek olmasıyla alakalı olabileceği düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde ise kadınların kişiler arası yardım ve tedavi arayışlarında kendilerini alı koyan şeyin özellikle damgalanma korkusu olduğu görülmektedir. Çocuklarının bakımı ve finansal konular bağımlılığı olan kadınların kişilerarası yardım arama ve tedavi arayışlarını etkilemektedir (Türkiye Yeşilay Cemiyeti, 2019). 2011 TUBİM Uyuşturucu Raporu'na göre, 2010 yılında yatarak tedavi görenlerin dağılımı cinsiyete göre incelendiğinde; %94.07'sinin (2728) erkek, %5.21'inin kadın olduğu ve %0.72'sinin ise cinsiyetinin belirtilmediği görülmektedir. Ortaya çıkan bulgular bağımlılık sorunlarının erkekler arasında hala daha yaygın olduğunu gösterse de, kadınların tedavi arama davranışlarının daha düşük olduğunu göstermektedir (Türkiye Yeşilay Cemiyeti, 2019).

Araştırmamızdaki kişilerin yaş aralıkları 23-63 yaş aralığındaki 42 katılımcıdan oluşmuştur. Türkiye'de yapılan araştırmada SOKTT puanı ile değerlendirilmiş olan katılımcıların kumar oynama davranışlarının yaş açısından değişkenlik olmadığını bulmuşlardır (Arcan 2012). Literatür tarandığında 30-60 yaş aralığındaki kişilerin kumar

oynama davranışlarının daha çok olduğu görülmüştür ancak kumar oynama davranışının yaşla ilişkili olmadığı kanısına varılmıştır (Ladouceur ve ark., 2002). Bulduğumuz sonuçlar literatürü destek niteliktedir.

Eğitim düzeyi açısından kumar oynama davranışı ele alındığında ise ilköğretim eğitim düzeyi ile lisans eğitim düzeyi arasındaki anlamlı farklılık bulunmuştur. Eğitim düzeyi ilköğretim olan katılımcıların kumar oynama davranışının eğitim düzeyi lisans olan katılımcılardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan araştırmalarda da bireylerin eğitim seviyeleri azaldıkça kumar oynama davranışlarının yükseldiği görülmüştür. Çakıcı'nın (2012) çalışmasında düşük eğitim seviyesine sahip olmanın kumar oynama davranışı üzerinde risk olduğu bulunmuştur (Çakıcı M. , 2012).

Kessler ve diğerleri eğitim düzeyi arttıkça kumar oynama davranışının azaldığı yönünde çalışmalar yapmışlardır(Kessler ve ark.,2008). Bu çalışma bulgularının tersine kumar oynama oranının eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık göstermediğini saptayan literatür çalışmaları da bulunmaktadır (Volberg ve ark., 2001).

Eğitim düzeyi lisans olan katılımcıların NKE puanlarının eğitim düzeyi yüksek lisans olan katılımcılardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyi lisans ve yüksek lisans olan bireylerin narsistik kişilik özelliklerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatüre bakıldığında bu veriye destekleyen ya da destekleyemeyen bir araştırmaya denk gelinememiştir.

Medeni durum değişkeni açısından araştırma incelendiğinde boşanmış olan katılımcıların kumar oynama puanlarının medeni durumu evli ve bekar olan katılımcılardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak aradaki çok bir fark olmadığı görülmektedir. Yapılan çalışmalarda incelendiğinde ise kumar oynama davranışının bekar bireylerde daha yüksek oranda olduğu sonucuna varılmıştır (Çakıcı ve ark., 2019).

Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada bekar öğrencilerin diğer öğrencilere kıyasla daha yüksek düzeyde kumar oynama davranışı sergiledikleri görülmüştür. Bu açıdan bakıldığında kumar oynama bozukluğunda bekar olmanın riskli bir durum olabileceği görülebilir (Vaysioğlu ve ark., 2019).

Evli olan kişilerin içsel motivasyon puanlarının medeni durumu boşanmış olan katılımcılardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bağımlılık süreçlerinde aile oldukça

önemlidir. Araştırmalar tarafından bağımlı olan bireylerin ayık kalması ve tedaviyi sürdürebilmesinde sosyal destek vurgusu yapılmıştır. Kişilerin güçlü bağlar kurmasının nüks riskini azalttığına dair fark edilmiştir (Türkiye Yeşilay Cemiyeti, 2019). Nitekim bu çalışmada evli olan bireylerin sosyal destek sürecini karşılayarak içsel motivasyonlarını daha iyi düzeyde taşıdığını gösteriyor olabilir.

Boşanmış olan katılımcıların NKE alt boyutunda üstünlük puanlarının medeni durumu bekar olan katılımcılardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan araştırmalarda evlilik süreçlerinde sorun yaşayan çiftlerin partnerlerinin yaklaşımlarının narsistik düzeyde ve bencilce olduğu bulunmuştur (Fichten, 1984). Farklı araştırmalar incelendiğinde ise evli çiftlerin narsistik özelliklerinin artmasıyla birlikte evlilik tatminlerinin azaldığı bulunmuştur (Doğaner, 2014).

Aylık gelir düzeyine göre araştırma incelendiğinde değişkenler arasında anlamlı bir fark bulunamadığı görülmüştür. Bazı çalışmalar incelendiğinde, yüksek ekonomik düzeye sahip hastaların kumar oynama davranışlarının daha üst boyutta olduğu belirtilmektedir (Bondolfi ark.). Aynı şekilde Petry'nin 2005 yılında ele aldığı araştırmasında da kumar oynama davranışı için aylık gelir seviyesinin risk oluşturduğu tespit edilmiştir (Petry, 2005).

Yapılan çalışmada katılımcıların geçmişte herhangi bir rahatsızlık geçirdiniz mi sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde anlamlılık fark edilmiştir. Psikolojik rahatsızlığı bulunan katılımcıların SOKTT puanlarının psikolojik rahatsızlığı bulunmayan katılımcılara göre anlamlı derecede farklı ve yüksek olarak saptanmıştır. Hayatlarının bir döneminde psikolojik bir rahatsızlık öyküsünün varlığıyla kumar oynama bozukluğu arasında pozitif yönde bir korelasyon fark edilmiştir (Janiri ve ark., 2007).

Kessler ve diğer(2012) araştırmacılar tarafından yapılan çalışmada kumar oynama davranışı sergilemeden önce farklı psikolojik rahatsızlıkların olduğu sonucunu tespit etmişlerdir. Eşlik eden psikolojik rahatsızlıkların kumar oynama davranışı öncesinde ve sonrasında da oluşabileceği sonucuna varmışlardır (Kessler ve ark., 2008).

Bostancı ve Doksan (2000) yapmış oldukları araştırmaya göre; Patolojik kumar oynayanların %47'sinde alkol kullanımı, %46'sında depresyon,% 47'sinde mide

problemleri, %35'inde uyku problemleri olduğunu belirtmektedir (Bostancı ve Doksat, 2000).

Kumar oynama bozukluğu tanısı olan 498 kişiyle yapılan bir çalışmada, erkek bireylerin kumar oynama ve madde kullanım oranı %11.2 olduğu görülmüştür (Janiri ve ark., 2007).

Patolojik Kumar Oynama ile eşlik eden farklı psikolojik rahatsızlıkların görüldüğü yapılan çalışmalar sonucunda fark edilmiştir. Bundan dolayı çalışmamızda katılımcıların psikolojik destek alıp almadıklarını sorulmuştur. Araştırmamızda psikolojik destek almamış olan hastaların psikolojik destek alan hastalara göre kumar oynama davranışlarının anlamlı bir şekilde yüksek olduğu fark edilmiştir. Kumar oynama davranışı sergileyen bireylerin belki de psikolojik destek almaları süreci kolaylaştırıyor olabilir. Bu araştırmayla psikolojik tedavi alan kişilerin kendine NKE alt boyutunda kendine yeterliliklerinin yüksek olduğu fark edilmiştir.

Kumar oynama bozukluğu tanılı hastaların son bir yıl içinde alkol/ madde kullanım seviyeleri arasındaki ilişkinin anlamlı olup olmadığı belirlenmemiştir. Literatür incelendiğinde kumar oynayan kişilerin kumar oynamayan kişilere göre alkol ve madde kullanım risklerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Engwall ve ark., 2004).

Alkol- madde kullanan kişilerin kumar oynama oranı %7 ile %39 aralığında olduğu tespit edilmiştir (Freimuth, 2008).

Genel olarak bağımlılık alanında yapılan çalışmalar incelendiğinde bağımlı bireylerin işsiz ve çalışmıyor oldukları fark edilmektedir. Kumar bağımlılığı olan bireyler de bu durum farklılık içerebilir. Ancak bu çalışmada istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamıştır. Bu durumun gruplar arasındaki anlamsızlıktan kaynaklandığı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada ölçeklerin ortalama değerlerine baktığımızda TMA ölçeği alt boyutlarından en yüksek puan ortalamasının içsel motivasyon olduğu, dışsal motivasyonun ise düşük düzeyde kaldığı görülmektedir. Yapılan çalışmalar çalışmayla benzeşmektedir. Cahill ve diğerleri bağımlı hastalar üzerinde tedavi öncesi ve sonrası en yüksek puanın içsel motivasyon olduğunu bulmuşlardır (Cahill ve ark. 2003). Benzer farklı bir araştırmanın bulgularında % 74 kişinin tedavi olmayı kendileri seçtikleri için

işsel motivasyonlarının yüksek oranda olduğunu fark etmiştir (Ulutaş, 2018). Araştırmalar kişinin karar vererek tedaviye başlamasının düzelme için daha önemli olduğunu vurgulamaktadır (Joe ve ark., 1998).

Genel olarak literatürde kumar bağımlılığı ile ilgili sınırlı sayıda çalışma olduğu fark edilmiştir. Literatür tarandığında araştırmamızın sonuçlarını destekleyen ve desteklemeyen sonuçların elde edildiği görülmüştür. Araştırmanın en temel kısıtlılığı örneklem grubumuzun 42 kişiden oluşmasıdır. Araştırmamızın yüksek oranda erkek katılımcılardan oluşuyor olması da bir sınırlılık olabilir. Bu durum her iki cinsiyet açısından bakılmasına noktasında engel oluşturmuştur. Daha homojen bir örneklem grubuyla daha sağlıklı sonuçların çıkması beklenmektedir.

Bu kısıtlılıklara rağmen araştırmanın sonuçları kumar bağımlılığının, narsistik kişilik özelliklerinin ve yardım arama davranışıyla ilişkisini görmek açısından önemlidir.

Literatürde kumar oynama bozukluğu, narsistik kişilik özelliklerinin ve yardım arama davranışı konularının bir arada kullanıldığı bir araştırmaya rastlanmamıştır. Araştırma bulgularının, bu ve benzeri konulara yönelik yapılmak istenen çalışmalara yol göstereceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada kumar oynama bozukluğu tanılı hastalarda narsistik kişilik özellikleri ile yardım arama davranışı arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmaya katılan örneklem sayısı 42 kişidir. Örneklem grubuna demografik bilgi formu, SOKTT, NKE ve TMA uygulanmıştır. Veriler online ve basılı olmak üzere iki türlü elde edilmiştir.

Araştırma sonucunda kumar bağımlılığı tanılı hastaların narsistik kişilik özellikleri ile yardım arama davranışı arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır. Çalışmanın hipotezleri doğrulanmamıştır.

Çalışmanın sonucunda ;

NKE alt boyutu olan kendine yeterlilik puanı ile TMA kişiler arası alt boyutu arasında anlamlı ve negatif bir ilişki saptanmamıştır.

NKE alt boyutu olan üstünlük puanı ile TMA kişiler arası alt boyutu arasında anlamlı ve negatif bir ilişki bulunmamıştır.

Narsistik kişilik özellikleriyle yardım arama davranışı arasında bir ilişki bulunmamıştır.

Narsisizm ve kumar bağımlılığı arasında bir ilişki bulunmamıştır. Buna göre ilgili araştırma sorusu doğrulanmamıştır.

“Narsistik özelliklere sahip kumar bağımlıları yardım arama davranışı sergilerler mi?” araştırma sorusunu test edildiğinde SOKTT puanı ile TMA kişilerarası yardım arama alt boyutu arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Buna göre ilgili araştırma sorusu doğrulanmıştır.

Erkek katılımcıların kişilerarası yardım arama puanları kadın katılımcılara göre yüksektir.

Eğitim düzeyi ilköğretim olan katılımcıların SOKTT puanlarının eğitim düzeyi lisans olan katılımcılardan yüksektir.

Eğitim düzeyi lisans olan katılımcıların NKE puanlarının eğitim düzeyi yüksek lisans olan katılımcılardan yüksektir.

TMA alt boyutlarından içsel motivasyon ve NKE alt boyutlarından üstünlük puanları ile medeni durum arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunmuştur.

Boşanmış olan katılımcıların SOKTT puanlarının medeni durumu evli ve bekar olan katılımcılardan yüksektir.

Evli olan katılımcıların içsel motivasyon puanlarının medeni durumu boşanmış olan katılımcılardan yüksektir.

Boşanmış olan katılımcıların üstünlük puanlarının medeni durumu bekar olan katılımcılardan yüksektir.

Psikolojik rahatsızlığı bulunan katılımcıların SOKTT puanları psikolojik rahatsızlığı bulunmayan katılımcılara göre yüksektir.

Psikolojik tedavi almamış olan katılımcıların SOKTT puanları psikolojik tedavi almış olan katılımcılara göre yüksektir.

Psikolojik tedavi almış olan katılımcıların NKE alt boyutlarından kendine yeterlilik puanları psikolojik tedavi almamış olan katılımcılara göre yüksektir.

Bu çalışmayla birlikte kumar oynama bozukluğu tanılı hastalarda narsistik kişilik özellikleri ile yardım arama davranışı arasındaki ilişkisinin incelenmesi hedeflenmiştir. Araştırma sonucunda elde edilmiş bulguların, bu ve benzeri konulara yönelik yapılmak istenen çalışmalara yol göstereceği düşünülmektedir.

Araştırma örnekleminin daha fazla katılımcıdan oluşması ve kadın katılımcı sayısının artırılması cinsiyet açısından farklılığının anlaşılmasında faydalı olacaktır. Bu araştırmanın literatüre ve gelecek araştırmalara katkı sağladığı düşünülmektedir. Türkçe literatürde kumar bağımlılığı üzerine çalışmalar az sayıda yer almaktadır. Yapılan araştırmayla kumar bağımlılığı ve eşlik eden ruhsal sorunlar üzerine araştırmaların artması temenni edilmektedir.

KAYNAKLAR

- Amato, P., & Bradshaw, R. (1985). An exploratory study of people's reasons for delaying or avoiding helpseeking. *Australian Psychologist*, 21(1), 21-31.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı*. (E. Köroğlu, Çev.)
- Andreassen, S. C., Billieux, J., Mazzoni, E., Pallesen, S., Griffiths, M., Kuss, D., & Demetrovics, Z. (2016). The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(2), 252.
- Atay, S. (2009). Narsistik kişilik envanteri'nin Türkçe'ye standardizasyonu. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11(1), 181-196.
- Atay, S. (2010). *Çalışan narsist: örgütler, liderler, yöneticiler ve astlar*. İstanbul: Namar Yayınları.
- Babayiğit, B. (2018). KUMAR OYNAMA VE KUMAR OYNANMASI İÇİN YER VE İMKÂN SAĞLAMA FİİLLERİ. *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, 283-315.
- Biolcati, R., Passini, S., & Griffiths, M. D. (2015). All-in and bad beat: Professional poker players and pathological gambling. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 13(1), 19-32.
- Blanco, C., Hasin, D., Petry, N., Stinson, F. S., & Grant, B. (2006). Sex differences in subclinical and DSM-IV pathological gambling: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 36(7), 943-953.
- Bolat, Y., Ülker, M., & Demir, C. G. (2016). KAVRAMSAL AÇIDAN NARSİSİZM VE EĞİTİMDE NARSİSTİK KİŞİLİK. *Journal of International Social Research*, 9(46).
- Bondolfi, G., Osiek, C., & Ferrero, F. (2000). Prevalence estimates of pathological gambling in Switzerland. *Acta Psychiatr Scand*, 473-475.
- Bostancı, A., & Doksat, M. (2000). Patolojik kumar oynama.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy humandevelopment*. New York: Basic Books.
- Butcher, J., Mineka, S., & Hooley, J. (2013). *Anormal Psikoloji*. (O. Gündüz, Çev.) İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Cahill, M., Adinoff, B., Hosig, H., Muller, K., & Pulliam, C. (2003). Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program. *Addict Behav*, 67-79.
- Campbell, W., & Foster, J. (2007). The narcissistic self: Background, an extended agency model, and ongoing controversies. *The Self*. içinde
- Cihangiroğlu, N., Teke, A., Uzuntarla, Y., & Uğrak, U. (2015). NARSİST KİŞİLİK EĞİLİMLERİ İLE KURUMSAL BAĞLILIK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ANALİZİ. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 13(1), 1-18.
- Clark, L. (2014). Disordered gambling: the evolving concept of behavioral addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 46-61.
- Çakıcı, M. (2012). The prevalence and risk factors of gambling behavior in Turkish Republic of Northern Cyprus. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(4).

- Çakıcı, M., Çakıcı, E., Karaaziz, M., & Babayiğit, A. (2019). KKTC'de kumar yaygınlığı, risk etkenleri ve kültür tutumları ile ilişkisi: 2007-2014. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 395-403.
- Çakmak, S., & Tamam, L. (2018). Kumar oynama bozukluğu: genel bir bakış. *Bağımlılık Dergisi*, 19(3), 78-97.
- DeRobertis, E. (2008). *Humanizing child developmental theory: A holistic approach*. New York: NY: iUniverse.
- Diclemente, C. C. (2016). *Bağımlılık ve Değişim*. (E. Ildırım, Çev.) Ankara: Nobel.
- Doğaner, B. (2014). Romantik ilişkileri olan üniversite öğrencilerinin narsistik kişilik eğilimi düzeylerine göre ilişki bağlanımı, ilişki doyumu ve benlik saygılarının incelenmesi: İstanbul ili örneği .
- Engwall, D., Hunter, R., & Steinberg, M. (2004). Gambling and Other Risk Behaviors on University Campuses. *Journal of American College Health*.
- Erdoğdu, Y. (2019). Kumar Problemleri Yaşayan Bireylerin Kumar Oynamayla İlgili Deneyimlerinin Yorumlayıcı Fenomenolojik Analizi.
- Fichten, C. S. (1984). See it from my point of view: Videotape and attri-buiions in happy and distressed couples. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 125-142.
- Fischer, E., & Turner, J. (1970). Orientations to seeking professional help: development and research utility of an attitude scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 35, 79-90.
- Freimuth, F. (2008). *Addicted? Recognizing Destructive Behavior Before It's Too Late*. Rowman and Littlefield Publishing Group.
- Gaboury, A., & Ladouceur, R. (1989). Erroneous perceptions and gambling. *Journal of Social Behavior and Personality*, 4(4), 411.
- Geçtan, E. (2004). *Psikodinamik Psikiyatri ve Normal dışı Davranışlar* (17 b.). İstanbul: Yaylacık Matbaacılık Ltd.
- Geniş, B., & Aksu, H. (2020). İntihar girişimi ile acil servise başvuran kumar bağımlılığı olgusu. *Bağımlılık Dergisi*, 21(1), 92-98.
- Gezer, E. (2017). Beden eğitimi ve spor yüksekokulu öğrencilerinin narsistik eğilimleri. *Journal of International Social Research*, 10(53).
- Güriz, O. S., Ekinci, A., & Türkçapar, H. M. (2012). Bir patolojik kumar hastasının bilişsel davranışçı terapisi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1(2), 105-112.
- Jacobs, B. L. (1991). Serotonin and behavior: emphasis on motor control. *The Journal of clinical psychiatry*, 17-23.
- Janiri, L., Martinotti, Dario, G., Schifano, F., & Bria, P. (2007). The Gamblers' Temperament And Character Inventory (TCI) Personality Profile. *Journal of Substance Use and Misuse*, 42(6), 975-984.
- Joe, G., Simpson, D., & Broome, K. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction*, 1177-1190.
- Kahvecioğlu, S. (2020). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan erkeklerde narsisizm düzeylerinin nüks ve tedavi motivasyonu ile ilişkisi.

- Kakhnovets, R. (2011). Relationships among personality, expectations about counseling, and help-seeking attitudes. *Journal of Counseling & Development*, 11-19.
- Kalkan, M., & Odacı, H. (2016). Cinsiyet ve cinsiyet rolünün psikolojik yardım almaya ilişkin tutumlarla ilişkisi. *Türk psikolojik danışma ve rehberlik dergisi*, 3(23), 57-64.
- Kalyoncu, A. Ö., Pektaş, Ö., & Mırsal, H. (2003). Patolojik kumar oynama: Biyopsikososyal yaklaşım. *Bağımlılık Dergisi*.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (2000). *Comprehensive Textbook of psychiatry 7th Edition*.
- Karasar, N. (2015). *Bilimsel Araştırma Yöntemi* (28 b.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Kessler, R., Hwang, I., Labrie, R., Petukhova, M., Sampson, N. A., Winters, K. C., & Shaffer, H. J. (2008). DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological medicine*. içinde
- Koydemir Özden , S. (2010). Self-aspects, perceived social support, gender, and willingness to seek psychological help. *International Journal of Mental*, 39(3), 44-60.
- Koroğlu, E. (2015). *Klinik Psikiyatri*. Ankara: Hekimler Birliği Yayınları.
- Kring, A., Johnson, S., Davison, G., & Neale, J. (2017). *Anormal Psikolojisi/ Psikopatoloji*. (M. Şahin, Çev.) Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık TİC. LTD. ŞTİ.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., & Doucet, C. (2002). *Understanding and treating the pathological gambler*. New York John Waley& Sons.
- Lakey, C., Rose, P., Campbell, W. K., & Goodie, A. S. (2008). Probing the link between narcissism and gambling: The mediating role of judgment and decision-making biases. *Journal of Behavioral Decision Making*, 21(2), 113-137.
- Lorains, F. K., Cowlshaw, S., & Thomas, S. A. (2011). Prevalance of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis surveys. *Addiction*, 106(3), 490-498.
- Masterson, J. (2006). *Narsistik ve borderline kişilik bozuklukları*. İstanbul: Litera Yayıncılık.
- McCormick, R. A., & Taber, J. I. (1988). Attributional style in pathological gamblers in treatment. *Journal of abnormal psychology*, 97(3), 368.
- Mutlu, İ. (2020). Understanding the relationship between help-seeking attitudes and narcissistic characteristics among adults in Turkey.
- Otway, L., & Vignoles, V. (2006). Narcissism and childhood recollections: A quantitative test of psychoanalytic predictions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(1), 104-116.
- Özkorumak, E., Güleç, H., Kose, S., Borckardt, J., & Sayar, K. (2006). Depresyon hastalarında tıp dışı yardım arama davranışı: Aleksitimi bir etken olabilir mi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 161-169.
- Petry, N. M. (2005). Pathological Gambling: Etiology. *Comorbidity and Treatment*. Washington.
- Petry, N. M. (2005). Pathological Gambling: Etiology. *Comorbidity and Treatment*. Washington.
- Pınarcı, G. (2014). Üniversite Öğrencilerinde Kumar Oynama, Patolojik Kumar Bağımlılığı ve İlişkili Karakter Özellikleri .

- Rickwood, D., & Braithwaite, V. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social science & medicine* (Cilt 39, s. 563-572). içinde
- Rizeanu, S. (2014). The efficacy of cognitive-behavioral intervention in pathological gambling treatment. *Procedia-Social*, 127, 626-630.
- Rogier, G., & Velotti, P. (2018). Narcissistic implications in gambling disorder: the mediating role of emotion dysregulation. *Journal of Gambling Studies*, 34(4), 1241-1260.
- Rogler, L., & Cortes, D. E. (1993). Help-seeking pathways: a unifying concept in mental health care. *The American Journal of Psychiatry*, 554-561.
- Rosenthal, R. J. (1986). The pathological gambler's system for self-deception. *Journal of Gambling Behavior*, 2(2), 108-120.
- Roy, A., Adinoff, B., Roehrich, L., Lamparski, D., Lorenz, V., & Linnoila, M. (1988). Pathological gambling: a psychobiological study. *Archives of General Psychiatry*, 45(4), 369-373.
- Rozenblatt, S. (2002). In Defence of Self: The relationship of Self- Esteem and Narcissim to Aggressive Behavior Long Island University.
- Sinclair, H., Pasche, S., Pretorius, A., & Stein, D. (2015). Clinical profile and psychiatric comorbidity of treatment-seeking individuals with pathological gambling in South-Africa. *Journal of gambling studies*, 31(4), 1227-1243.
- Steel, Z., & Blaszczynski, A. (1998). Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction*, 93(6), 895-905.
- Şentürk, E. (2017). Sosyal Medya Bağımlılığının Depresyon Anskiyete ve Depresif Bozukluk Hastaları İle Kontrol Grubu Arasında Karşılaştırılması ve Kullanıcıların Kişilik Özellikleri İle İlişkisinin Araştırılması.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2013). *Using Multivariate Statistics (sixth ed.)* Pearson. Boston.
- Türkiye Yeşilay Cemiyeti. (2019). Kumar Bağımlılığı ve Tedavisi. *Bağımlılık, Tanı, Tedavi, Önleme* (s. 739). içinde İstanbul: Yeşilay Yayınları.
- Türküm, S. (2001). Stresle başa çıkma biçimi, iyimserlik, bilişsel çarpıtma düzeyleri ve psikolojik yardım almaya ilişkin tutumlar arasındaki ilişkiler: üniversite öğrencileri üzerinde bir araştırma. *Anadolu üniversitesi sosyal bilimler dergisi*, 1(2), 1-16.
- Ulutaş, Ç. (2018). Alkol bağımlılarında tedavi motivasyonu: Ankara AMATEMörneği-2018 .
- Uzbay, T. (2018). *Hazdan Bağımlılığa*. İstanbul: Destek Yayınları.
- Vaysıoğlu, S. K., Öncü, E., & Güven, Y. (2019). Üniversite öğrencilerinde kumar oynama sıklığı ve heyecan arama davranışı ile ilişkisi. *Addicta*, 6(1), 69-90.
- Vogel, D., Wade, N., & Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of counseling psychology*, 53(3), 325.
- Volberg, R. A. (1994). The prevalence and demographics of pathological gamblers: implications for public health. *American journal of public health*, 84(2), 237-241.
- Volberg, R. A., Abbott, M. W., & Rönnberg, S. (2001). Prevalence and risks of pathological gambling in Sweden. *Acta Psychiatr Scand*, 250-256.

Widick, C., Parker, C., & Knefelkamp, L. (1978). *New directions for student services*.

Wise, R., & Bozarth, M. A. (1987). A psychomotor stimulant theory of addiction. *Psychological Review*, 94(4), 469.

Zangeneh, M., Blaszczynski, A., & Turner E., N. (2008). *In the pursuit of winning*. New York.



EKLER

Ek 1: Demografik Bilgi Formu

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz:
 Kadın Erkek
2. Yaşınız: ...
3. Eğitim Seviyeniz:
 Okuryazar İlköğretim Lise Lisans Yüksek Lisans ve üstü
4. Medeni Durumunuz:
 Evli Bekar Boşanmış Birlikte Yaşıyor
5. Çalışma Durumunuz:
 Çalışıyor
 Çalışmıyor
6. Aylık Geliriniz:
 0-4250
 4250- 6500
 6500- 10000
 10000 +
7. Geçmişte herhangi bir psikolojik rahatsızlık geçirdiniz mi?
 Evet Hayır
8. Herhangi bir psikolojik tedavi görüyor musunuz?
 Evet Hayır

9. Son 1 yıl içinde aşağıdaki maddeleri kullanıp kullanmadığınızı veya ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

		Hiç	Sadece bir iki kez	Ayda 1-3 kez	Haftada 1-5 kez	Hemen hemen her gün
1	Alkol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Kanun dışı tütün (marlhum, joint, gubar vb).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Ekstazy (Ekstazi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Eroin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Kokain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Tıp (örnek kokain).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Konipsol, risotril (roş) gibi haplar.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Çeşitli haplar (alimeton, samum, samax vb).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Amfetamin türevleri (metamfetamin, ec vb).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Diğer (LSD, GHB).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ek 2: South Oaks Kumar Tarama Testi

(NOT: Bu ankette ‘kumar’ ile aşağıda tabloda bulunan, parayla oynanan tüm oyunlarkastedilmektedir.)

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.

	Hiçbir Zaman	Haftada Bir Kereden Az	Haftada BirKere Ya da Daha Fazla
At yarışı			
Parasına Kağıt Oyunları			
Parasına Okey			
Parasına Zar Oyunları			
Horoz Dövüşü			
İddia / Maç Tahminleri			
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?
.....

3. Hayatınızdaki insanlardan hangilerinin geçmişte veya halen kumar sorunu

olduğunu işaretleyiniz: () Baba () Anne () Kardeşler ()

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

4. Kumar oynadığımızda, 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 sizinkumar 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 dağıtmediğiniz 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 kuruluşlarından | b. Akrabalarınızdan | c. Bankalardan, borç veya kredi |
| d. Kredi kartlarından | e. Tefecilerden | f. Şahsi veya ailevi eşya veya malları satma |
| g. Arkadaş veya tanıdıklardan çevirme | | h. Altın, mücevher gibi birikimleri paraya |
| j. Bahisçiye borçlanma sahibine) borçlanma | | k. Kumarhaneye (kahvehane ya da kulüp |

Ek 3: Narsistik Kişilik Envanteri

Narsistik Kişilik Envanteri

Yönerge: Aşağıdaki her bir tutum çifti içinden, lütfen size en uygun olanı belirtiniz.

1	İnsanlar bana iltifat ettiklerinde bazen utanırım.
	İyi biri olduğumu biliyorum, çünkü herkes böyle söyler.
2	Kalabalık içinde herkesten biri olmayı tercih ederim.
	İlgi merkezi olmayı severim.
3	Pek çok insandan ne daha iyi ne de daha kötüyüm.
	Özel biri olduğumu düşünüyorum.
4	İnsanlar üzerinde otorite kurmaktan hoşlanırım.
	Emirlere uymaktan rahatsız olmam.
5	İnsanları kolayca manipüle ederim.
	İnsanları manipüle ettiğimi fark ettiğimde rahatsız olurum.
6	Layık olduğum saygıyı elde etme konusunda ısrarcıyım.
	Hak ettiğim saygıyı genellikle görürüm.
7	Gösterişten kaçırım.
	Genellikle fırsatı bulduğumda şov yaparım.
8*	Her zaman ne yaptığımı bilirim.
	Bazen yaptığım şeyden emin değilimdir.
9	Bazen iyi hikaye anlatırım.
	Herkes hikavelerimi dinlemekten hoşlanır.
10	İnsanlardan çok şev beklerim.
	Başkaları için bir şeyler yapmaktan hoşlanırım.
11	İlgi merkezi olmaktan hoşlanırım.
	İlgi merkezi olmak beni rahatsız eder.
12	Otorite olmanın benim için pek bir anlamı yoktur.
	İnsanlar daima otoritemi kabul ediyor görünürler.
13	Önemli bir insan olacağım.
	Başarılı olmayı umuyorum.
14	İnsanlar söylediklerimin bazılarına inanır.
	İnsanları istediğim her şeye inandırabilirim.
15	Kendi kendime yeterim.
	Başkalarından öğrenebileceğim çok şey var.
16	Herkes gibi biriyim.
	Sıra dışı biriyim.

* Ölçekle düşük korelasyon gösteren soruyu belirtmektedir.

Ek 4: Tedavi Motivasyonu Anketi

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Bilmiyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Tedavi için geldim, çünkü değişmek istiyorum.					
2. Yardım almazsam kendimi iyi hissetmeyeceğim.					
3. Yasal sistem tarafından tedaviye gönderildim.					
4. Tedavi için geldim, çünkü kendimi suçlu hissediyorum.					
5. Tedavi için geldim, çünkü bu benim için kişisel olarak önemli.					
6. Tedavisi sürdürmezsem başım belaya girer.					
7. Eğer tedaviyi sürdürmezsem kendimi kötü hissedirim.					
8. En iyi kazanımı tedaviyi tamamlamaktır.					
9. Tedavisi sürdürmezsem başarısız hissedirim.					
10. Tedavisi sürdürme konusunda seçeneğim olduğunu sanmıyorum.					
11. Tedavisi sürdürmek kendime yardım etmenin en iyi yoludur.					
12. Tedaviye geldim, çünkü gelmem için uzsak görüldüm.					
13. Bu programın benim için işe yarayacağından emin değilim.					
14. Bu programın işime yarayacağından eminim.					
15. Tedaviye geldim, çünkü yardım almak istiyorum.					
16. İşlevi bırakmamda programın bana yardımcı olacağından şüphe ediyorum.					
17. Programda başkalarıyla birlikte kalmak istiyorum.					
18. Başkalarıyla endişelerimi ve hislerimi paylaşmak istiyorum.					
19. Tedavide başkalarıyla yakın çalışmak önemli olacaktır.					
20. Bu tedavisi seçmekten ben sorumluymum.					
21. Programın sorunlarını çözmeye yardımcı olacağını düşünmüyorum.					
22. Sorunlarımı öğrenilmesi için sabırsızlanıyorum.					
23. Tedavisi seçtim, çünkü tedavi değişmem için bir fırsat.					
24. Bu sefer tedaviden sonuç alacağımdan emin değilim.					
25. Tedavide diğerleriyle endişelerimi paylaşmak rahattır.					
26. Yardım ve desteğe ihtiyacım olduğu gerçeğini kabul ediyorum.					