



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

KUMAR BAĞIMLILARINDA
ANNE BABALIK VE AİLE UYUMUNUN
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE İLİŞKİSİ

Dr. Derya UYANIKOĞLU

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

BURSA/2023



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

KUMAR BAĞIMLILARINDA
ANNE BABALIK VE AİLE UYUMUNUN
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE İLİŞKİSİ

Dr. Derya UYANIKOĞLU

Tez Danışmanı:
Prof. Dr. Hakan DEMİRCİ

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

BURSA/2023

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|-------------|
| İÇİNDEKİLER | ii |
| I. TEŞEKKÜR | iv |
| II. KISALTMALAR | v |
| III. TABLO LİSTESİ | vi |
| IV. EK LİSTESİ | vii |
| V. ÖZET | viii |
| VI. ABSTRACT | ix |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 2 |
| 2.1 KUMAR OYNAMAMA BOZUKLUĞU | 2 |
| 2.1.1. Tanımlama..... | 2 |
| 2.1.2 Patolojik Kumar Bozukluğu Yaygınlığı | 3 |
| 2.2 ANNE BABALIK VE AİLE UYUMU | 4 |
| 2.2.1 Tanımlama..... | 4 |
| 2.2.2 Ebeveyn Tutumları..... | 4 |
| 2.2.3 Anne Babalık ve Aile Uyumunun Değerlendirilmesi | 5 |
| 2.3 SAĞLIK OKURYAZARLIĞI | 5 |
| 2.3.1 Sağlık Okuryazarlığı Tanımı..... | 5 |
| 2.3.2 Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması | 6 |
| 2.3.3 Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi | 7 |
| 2.3.4 Sağlık Okuryazarlığının Etkilediği Sağlık İlişkili Parametreler | 7 |
| 2.3.5 Ülkemizdeki Sağlık Okuryazarlığın Değerlendirilmesi..... | 8 |
| 2.4 KUMAR BAĞIMLILIĞI VE AİLE | 9 |
| 2.5. KUMAR BAĞIMLILIĞI, AİLE VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ | 10 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEMLER | 11 |
| 3.1. ÖRNEKLEM | 11 |
| 3.2 DEĞERLENDİRME..... | 12 |
| 3.3 GEREÇLER | 12 |
| 3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu..... | 12 |
| 3.3.2. South Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT) | 12 |
| 3.3.3. Anne Babalık ve Aile Uyum Ölçeği (PAFAS-TR)..... | 13 |
| 3.3.4. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği En Yeni Yaşamsal Bulgu Testi (Newest Vital Sign-Nvs) | 13 |
| 3.4. İSTATİKSEL ANALİZ | 13 |
| 4. BULGULAR | 15 |
| 5. TARTIŞMA | 24 |
| 6. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI | 31 |

| | |
|--|-----------|
| 7. SONUÇ | 32 |
| 8. KAYNAKLAR | 33 |
| 9. EKLER | 43 |
| EK-1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU..... | 43 |
| EK-2: SOUTH OAKS KUMAR TARAMA TESTİ..... | 44 |
| EK-3: ANNE BABALIK VE AİLE UYUMU ÖLÇEĞİ..... | 46 |
| EK-4: EN YENİ YAŞAMSAL BULGU TESTİ | 48 |
| EK-5: EN YENİ YAŞAMSAL BULGU TEST ETİKETİ | 49 |
| EK-6: ETİK KURUL KARAR FORMU | 50 |
| EK-7: TEZ KONUSU HAKEM DEĞERLENDİRME FORMU | 54 |
| EK-8: ÖZGEÇMİŞ | 57 |



I. TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği Uzmanlık eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen ve tez hazırlama sürecimde tecrübeleri ile bana yol gösteren başta tez danışmanım değerli hocam Prof. Dr. Hakan DEMİRCİ'ye,

Tez boyunca bilgi ve deneyimiyle yanımda olan Sayın Klinik Psikolog Ersin BUDAK'a;

Uzmanlık eğitimim boyunca her zaman yanımda olan kıymetli dostum Uz. Dr. Merve GÖNCÜ ve tez sürecini birlikte yönettiğimiz sevgili arkadaşım Dr. Halenur GAYRETLİ'ye ve tüm asistan arkadaşlarıma;

Bu günlere gelmemde büyük emeği ve fedakarlıkları olan canım babam Hacı Osman Baran ve canım annem Hediye BARAN'a,

Her zaman yanımda olan abim Uğur BARAN'a , kardeşim Oğuz BARAN'a ve kıymetli eşleri Türkan BARAN ve Tuğba Karakoç BARAN'a ve canım yeğenlerime;

Hayatımda yer aldıkları günden itibaren fedakarlıklarını, sevgilerini esirgemeyen kayınbabam Ali UYANIKOĞLU , kayınvalidem Emine UYANIKOĞLU ve kardeşim Yüstra Küçüköğlü'na;

Hekimliğine, akademik duruşuna, anneliğine hayran olduğum tüm hekimlik hayatım boyunca bilgi ve deneyimiyle yoluma ışık olan canım ablam Uz. Dr. Esra BARAN ve baba yarım eniştem Halil Baran'a;

Her konuda her zaman destekçim olan hayattaki en büyük şansım sevgili eşim Yasin UYANIKOĞLU'na ve tez süreci boyunca büyük bir sabır gösteren kıymetlimiz canım oğlum Ali'me

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Derya UYANIKOĞLU

II. KISALTMALAR

| | |
|--------------|---|
| KG | : Kontrol Grubu |
| KOB | : Kumar Oynama Bozukluğu |
| NVS | : Newest Vital Sign |
| PAFAS | : Parenting and Family Adjustment Scale |
| SOKTT | : South OAKS Kumar Tarama Testi |
| SOY | : Sağlık Okuryazarlığı |



III. TABLO LİSTESİ

| | |
|---|----|
| Tablo 1. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması: kavramsal model tarafından tanımlanan 12 alt başlık..... | 6 |
| Tablo 2. Araştırmada değerlendirilen KOB vakaları ile KG katılımcıların demografik özelliklerinin karşılaştırılması..... | 16 |
| Tablo 3. Araştırmada değerlendirilen KOB vakaları ile KG katılımcılar arasında ek hastalık oranlarının karşılaştırılması..... | 17 |
| Tablo 4. Araştırmada değerlendirilen KOB vakaları ile KG katılımcılar arasında SOYÖ skorlarının karşılaştırılması | 17 |
| Tablo 5. Araştırmada değerlendirilen KOB vakaları ile KG katılımcılar arasında PAFAS skorlarının karşılaştırılması..... | 18 |
| Tablo 6. KOB vakaların SOKTT skor dağılımları | 18 |
| Tablo 7. KOB tanıli vakalarda SOKTT skorları ile PAFAS skorları arasındaki ilişki | 18 |
| Tablo 8. KOB tanıli vakalarda NVS skorları ile PAFAS skorları arasındaki ilişki .. | 19 |
| Tablo 9. KG bulunan katılımcıların NVS skorları ile PAFAS skorları arasındaki ilişki | 20 |
| Tablo 10. KOB tanıli vakaların yaş ve çocuk sayısı ile SOKTT, NVS ve PAFAS skorları arasındaki ilişki. | 20 |
| Tablo 11. Araştırmada değerlendirilen KOB vakaları ile KG katılımcılar arasında sağlık okuryazarlığı yeterlilik oranlarının karşılaştırılması..... | 21 |
| Tablo 12. Araştırmada değerlendirilen KOB vakaları arasında sağlık okuryazarlık durumuna göre SOKTT ve PAFAS skorlarının karşılaştırılması | 21 |
| Tablo 13. Araştırmada değerlendirilen KOB vakaları arasında ek hastalık durumuna göre SOKTT ve PAFAS skorlarının karşılaştırılması..... | 22 |
| Tablo 14. KOB olan vakalarda babalık ve aile uyumuna etki eden değişkenler..... | 22 |
| Tablo 15. KG yer alan katılımcılarda babalık ve aile uyumuna etki eden değişkenler..... | 23 |

IV. EK LİSTESİ

EK-1 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

EK-2 SOUTH OAKS KUMAR TARAMA TESTİ

EK-3 ANNE BABALIK VE AİLE UYUMU ÖLÇEĞİ

EK-4 EN YENİ YAŞAMSAL BULGU TESTİ

EK-5 EN YENİ YAŞAMSAL BULGU TEST ETİKETİ

EK-6 ETİK KURUL KARAR FORMU

EK-7 TEZ KONUSU HAKEM DEĞERLENDİRME FORMU

EK-8 ÖZGEÇMİŞ

V. ÖZET

Amaç: Bu çalışmada kumar bağımlılığı olan bireylerde sağlık okuryazarlık düzeyinin anne babalık ve aile uyumu üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamızda 01.01.2022-31.03.2023 tarihleri arasında Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Görükle Ek Binası Psikiyatri Hastanesi davranışsal bağımlılık polikliniğine başvuran erkek, evli veya boşanmış, çocuklu bireyler değerlendirilmiştir. Sosyodemografik veri formu, Anne Babalık ve Aile Uyum Ölçeği (PAFAS-TR), En Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeği (NVS),South OAKS Kumar Tarama Testi (SOKTT) kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmamıza 55 kumar oynama bozukluğu olan, 55 kontrol grubu birey alınmıştır. KOB tanılı vakaların anne baba ekip çalışması ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($p=0,037$) bulundu. KOB tanılı vakaların anne baba ekip çalışması ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($p=0,037$) bulundu. KOB tanılı vakaların SOKTT skorları ile anne babalık duygusal uyumu ($r=0,215$, $p=0,007$), aile ilişkileri ($r=0,294$, $p=0,029$) değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Buna ek olarak vakaların SOKTT skorları ile olumlu cesaretlendirme değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu ($r=-0,302$, $p=0,025$) bulundu. KOB tanılı vakaların NVS skorları ile PAFAS ($r=-0,370$, $p=0,005$), anne babalık duygusal uyumu ($r=-0,412$, $p=0,002$), aile ilişkileri ($r=-0,427$, $p=0,001$) değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu.

Sonuç: Kumar bağımlılığı olan bireylerde sağlık okuryazarlık düzeyi kontrol grubundan daha düşük bulunmuştur. Kumar oynama bozukluğu olan vakalarda SOKTT skoru artarken anne babalık duygusal uyumunda, aile ilişkilerinde azalma gözlemlenmiştir. Her iki grupta da sağlık okuryazarlık düzeyi azaldıkça aile ilişkileri ve anne babalık duygusal uyumu azalmaktadır. Patolojik kumar bağımlılığı olan bireylerde tedavi şansını değerlendirmede aile ilişkilerinde bozulma kadar , kişilerin sağlık okuryazarlığı durumları da dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kumar Bağımlılığı, Anne Babalık ve Aile uyumu, Sağlık Okuryazarlığı

VI. ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to evaluate the effect of health literacy level on parenting and family adjustment in individuals with gambling addiction.

Materials and Method: In our study, male, married or divorced individuals with children who applied to the behavioural addiction outpatient clinic of Bursa Yüksek İhtisas Training and Research Hospital Görükle Annex Building Psychiatry Hospital between 01.01.2022-31.03.2023 were evaluated. Sociodemographic data form, Parenting and Family Adjustment Scales (PAFAS-TR), Newest Vital Sign Scale (Newest Vital Sign), South Oaks Gambling Screening Test (SOGST) were used.

Results: 55 individuals with gambling disorder (GD) and 55 control group individuals were included in our study. The mean of parental teamwork in cases with a diagnosis of GD was statistically significantly higher ($p=0.037$). The mean of parental teamwork in cases with a diagnosis of GD was statistically significantly higher ($p=0.037$). There was a statistically significant positive correlation between the SOGST scores of the cases performed in cases with GD and the values of parental emotional adjustment ($r=0.215$, $p=0.007$) and family relations ($r=0.294$, $p=0.029$). In addition, there was a statistically significant negative correlation ($r=-0.302$, $p=0.025$) between the cases' SOGST scores and positive encouragement values. There was a statistically significant negative correlation between NVS scores of cases with GD and PAFAS ($r=-0.370$, $p=0.005$), parenting emotional adjustment ($r=-0.412$, $p=0.002$), and family relations ($r=-0.427$, $p=0.001$).

Conclusion: Health literacy level was higher in individuals with gambling addiction was found to be lower than the control group. While SOGST score increased in cases with gambling disorder, a decrease in parental emotional adjustment and family relations was observed. In both groups, as the level of health literacy decreases, family relationships and parental emotional adjustment decrease. In evaluating the chance of treatment in individuals with pathological gambling addiction, health literacy status of individuals should be taken into consideration as well as deterioration in family relationships.

Keywords: Gambling disorders , Parenting and Family Adjustment, Health Literacy

1. GİRİŞ

Düşük sağlık okuryazarlığına sahip olmak kişilerin seçimlerinin daha sağlıksız sonuçlanmasına, riskli davranışların artmasına, kendi kendine yönetimin daha kötü sağlık sonuçlarıyla neticelenmesine sebebiyet vermektedir. Yapılan çalışmalar alkol ve sigara kullanımı, madde bağımlılığı gibi riskli sağlık davranışlarıyla düşük sağlık okuryazarlığının ilişkili olabileceğini göstermektedir. Kumar bağımlılığı da riskli davranışlar kapsamında değerlendirilebilir. O halde, kumar bağımlılığı ve anne babalık ve aile uyumunun sağlık okuryazarlığından etkilendiği düşünülebilir.

Dünya Sağlık Örgütü, 2013 yılında sağlık okuryazarlığını, insanların yaşamları boyunca yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla günlük yaşam içerisinde sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi hakkında hedefler belirlerken, kararlar verirken sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulamaya yönelik bilgileri, motivasyonları ve yeterlilikleri olarak tanımlamıştır.

Ebeveynlik, çocuğun fiziksel, zihinsel ve duygusal yönden gelişiminin desteklenmesi; ebeveynin kişisel özellikleri ve yaşam tarzı doğrultusunda sorumluluklarını üstlenebilmesi şeklinde ifade edilir. Aile uyumu ise aileyi oluşturan kişilerin beraberlik ve duygusal yakınlığı ile buldukları koşullarda ortak çıkarlarını koruyarak hareket etmelerini ve sorunları birlikte bertaraf edebilmelerini ifade eder.

1980 yılında yayınlanan DSM-3 ile kumar oynama bozukluğu ‘Patolojik Kumar Oynama’ sınıfında, ailevi veya mesleki işlevselliği bozacak şekilde kumar oynama isteğine karşı koyamama ve kişinin oynama davranışının kontrolünün giderek bozulması olarak tanımlanmıştır. DSM-4 (1994)’te ‘başka yerde sınıflandırılmamış dürtü kontrol bozuklukları’ sınıfında yer almış, bağımlılık kategorisinde değerlendirilmemiştir. Nörobiyolojik anlamda madde bağımlılığı ile ortak özellikler taşıyan kumar bağımlılığı, DSM- 5’te ‘Madde ile İlişkili ve Bağımlılık Bozuklukları’ kategorisinde ‘Madde ile İlişkili Olmayan Bozukluk’ alt başlığına dâhil edilmiştir.

Sağlık okuryazarlığı, kumar oynama bozukluğu ve aile ilişkilerinin birlikte incelendiği bir çalışmaya literatürde rastlamadık. Bu sebeple, bu çalışmada kumar bağımlılığı olan bireylerde sağlık okuryazarlık düzeyinin anne babalık ve aile uyumu üzerine etkisinin değerlendirmeyi amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 KUMAR OYNAMA BOZUKLUĞU

2.1.1. Tanımlama

1980 yılında yayınlanan Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -3 (DSM-3) ile kumar oynama bozukluğu 'Patolojik Kumar Oynama' sınıfında, ailevi veya mesleki işlevselliği bozacak şekilde kumar oynama isteğine karşı koyamama ve kişinin oynama davranışının kontrolünün giderek bozulması olarak tanımlanmıştır (1). DSM-4 (1994)'te 'başka yerde sınıflandırılmamış dürtü kontrol bozuklukları' sınıfında yer almış, bağımlılık kategorisinde değerlendirilmemiştir (2). Yürütülen çalışmalarda klinik ve nörobiyolojik anlamda madde bağımlılığı ile ortak özellikler taşıyan kumar bağımlılığı, DSM- 5'te 'Madde ile İlişkili ve Bağımlılık Bozuklukları' kategorisinde 'Madde ile İlişkili Olmayan Bozukluk' alt başlığına dâhil edilmiştir (3).

Kumar Oynama Bozukluğu DSM-5 Tanı Kriterleri :

A. On iki aylık süre içinde, aşağıdaki kriterlerden dördü ya da daha fazlası ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya veya işlevsellikte düşmeye yol açan, sürekli , yineleyici ve sorunlu kumar oynama davranışı:

1. İsteddiği coşkuyu sağlayabilmek için giderek daha çok parayla kumar oynamaya gereksinim duyar.
2. Kumar oynamayı bırakma ya da durdurma girişimleri sırasında huzursuz ya da kolay kızan birisi olur.
3. Kumar oynamayı denetim altına almak, bırakmak ya da durdurmak için yineleyen, sonuç vermeyen çabaları olmuştur.
4. Kumar oynama üzerinde düşünüp durur.
5. Sıklıkla sıkıntı duyarken kumar oynama.
6. Parayla kumar oynayıp yitirdikten sonra çoğu kez, eşitlenmek için bir başka gün geri gelir.
7. Ne denli kumar oynadığını gizlemek için yalan söyler.
8. Kumar oynaması yüzünden önemli bir ilişkisini, eşini, eğitim ya da iş olanağını tehlikeye atmış veya yitirmiştir.

9. Kumar oynamak için düştüğü umutsuz parasal durumlardan kurtulmak için başkalarının parasal kaynak sağlamasına bel bağlar.

B. Kumar oynama davranışı bir mani dönemi ile daha iyi açıklanamaz.

Belirteçler: Dönemsel/sürekli, erken yatışma evresinde/sürekli yatışma ile giden, ağır olmayan (4-5 belirti) / orta derecede (6-7 belirti) / ağır (8-9 belirti).

Yukarıda yer alan 9 ölçütten en az dördünün on iki aylık bir süre içerisinde devam etmesi durumunda kumar oynama davranışı “patolojik” bir hal alır.

Kumarbazlar kendi içlerinde dört farklı grupta değerlendirilmektedir. Sosyal kumarbazlar; eğlence için kısıtlı zaman ve para harcayarak kumar oynarlar. Profesyonel kumarbazlar; belirli bir disiplin içerisinde sınırlı risk alarak geçimlerini sağlamak amacıyla kumar oynarlar. Sorunlu kumarbazlar; kumara daha fazla zaman, düşünce ve para harcarlar. Patolojik kumarbazlar; kumarla kontrol edilemez bir meşguliyet vardır, hayatındaki en önemli şey kumardır ve ciddi sorunlara yol açar (4).

2.1.2 Patolojik Kumar Bozukluğu Yaygınlığı

Patolojik kumar oynama yaygınlığı yetişkinlerde %0,1-%5,8 olarak bildirilmektedir. Yetişkin nüfusun %0,7-%6,5’inde hayatının bir döneminde kumar ile ilgili bozukluk geliştiği belirlenmiştir (5). 2019 yılında Çakıcı ve arkadaşları tarafından Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde 18-65 yaş arası 929 kişiye yapılan bir çalışmada hayatları boyunca kumar sorunu yaşayanların yaygınlığı %9,2, patolojik düzeyde kumar sorunu yaşayanların yaygınlığı %4,6 olarak saptanmıştır (6). Erkek bireyler , genç yetişkinler, düşük gelir seviyesine sahip olanlar, bekar olanlar evrensel olarak yüksek risk altındadır. Ayrıca patolojik kumar oynama, madde kullanım bozuklukları başta olmak üzere çok sayıda diğer ruh sağlığı bozukluklarıyla beraberlik gösterir (7). Yapılan literatür taramasında yetişkinlerde Türkiye’deki durumu ortaya koyan yeterli çalışmaya rastlanmamıştır.

2.2 ANNE BABALIK VE AİLE UYUMU

2.2.1 Tanımlama

Aile anne-baba ve çocuklardan oluşan ve toplumun temel taşı meydana getiren sosyal bir kurumdur (8). Ebeveynlik, çocuğun fiziksel, zihinsel ve duygusal yönden gelişiminin desteklenmesi; ebeveynin kişisel özellikleri ve yaşam tarzı doğrultusunda sorumluluklarını üstlenebilmesi şeklinde ifade edilir (9). Aile uyumu ise aileyi oluşturan kişilerin beraberlik ve duygusal yakınlığı ile buldukları koşullarda ortak çıkarlarını koruyarak hareket etmelerini ve sorunları birlikte bertaraf edebilmelerini ifade eder (10).

2.2.2 Ebeveyn Tutumları

Anne ve babanın çocuğa karşı tutumları; çocuğun kişilik özelliklerini, aile ve toplum içindeki yerini belirler ve bu tutumlar kuşaklar arası aktarılır. Ebeveyn tutumları sosyoekonomik durum, kültürel, politik, coğrafi vb. farklılıklara göre şekillenir (11). Bunlar genel çerçevede dört başlık altında değerlendirilebilir.

1)Baskıcı-Otoriter Ebeveyn Tutumu: İyi çocuğun itaatkar çocuk olduğu fikrini savunurlar. Kendi inançlarını pekiştirmek için genellikle ceza yoluna başvururlar (12).

2) İzin Verici Ebeveyn Tutumu: Çocuğun özgürlüğünün ve kontrolsüzlüğünün baskın olduğu, çocuğun davranışlarına karşı kabullenici bir tavrın sergilendiği tutum biçimidir(13).

3)Aşırı Koruyucu Ebeveyn Tutumu: Gerektiğinden fazla kontrolün söz konusu olduğu, çocuğun isteklerinin çoğunlukla yerine getirildiği tutum biçimidir (14).

4)Demokratik Ebeveyn Tutumu: Çocuğun bir birey olduğunu kabul eden bir tutumdur. Çocuğa ihtiyacı olduğu kadar rehberlik edilir ve kendi kararları doğrultusunda gelişimine müsaade edilir (15).

2.2.3 Anne Babalık ve Aile Uyumunun Değerlendirilmesi

Araştırmalarda anne-babalık ölçümü ile alakalı birçok test uygulanmaktadır. Bunların bir kısmı ebeveynlere uygulanırken bir kısmı çocuklar üzerinden değerlendirilmektedir.

- 1) **Ana-Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ):** Lamborn, Mounts, Steinberg, ve Dornbusch tarafından 1991 yılında geliştirilmiştir (16). Türkçe geçerlilik ve güvenlik çalışması 2000 yılında Yılmaz tarafından yapılmıştır (17).
- 2) **Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (AHÇYTÖ):** Schefer ve Bell tarafından 1958 yılında geliştirilmiştir (18). Türkçe uyarlaması 1978 yılında gerçekleştirilmiştir (19).
- 3) **Ana Baba Tutum Envanteri (ABTE):** 1972 yılında Kuzgun tarafından geliştirilmiştir (20).
- 4) **Çocuk Yetiştirme Stilleri Ölçeği (ÇYSÖ):** 1999 yılında Sümer ve Güngör tarafından geliştirilmiştir (21).
- 5) **Ebeveyn Kabul-Red Ölçeği- Yetişkin Formu:** 1990 yılında Rohner tarafından geliştirilmiş, 2005 yılında kontrol edilmiştir (22). Türkçe uyarlaması 2008 yılında gerçekleştirilmiştir (23).
- 6) **Anne Babalık ve Aile Uyum Ölçeği (PAFAS):** 2010 yılında Sanders ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (24). Türkçe geçerlilik ve güvenliği 2020 yılında gerçekleştirilmiştir (25).

2.3 SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

2.3.1 Sağlık Okuryazarlığı Tanımı

Sağlık okuryazarlığı (SOY) ilk kez Simonds tarafından 1974 yılında “Sosyal Politika Olarak Sağlık Eğitimi” (Health Education as Social Policy) adlı bir makalede kullanılmıştır (26). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2013 yılında sağlık okuryazarlığını,

insanların yaşamları boyunca yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla günlük yaşam içerisinde sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi hakkında hedefler belirlerken, kararlar verirken sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulamaya yönelik bilgileri, motivasyonları ve yeterlilikleri olarak tanımlamış ve genel okuryazarlık düzeyi ile ilişkisine vurgu yapmıştır (27). SOY üzerine geçtiğimiz on yılda çok sayıda kavramsal yaklaşım geliştirilmiştir. Erişim, kavrayış, değerlendirme ve sağlık ile ilgili bilgilerin sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesine yönelik Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu tarafından geliştirilmiş olan kavramsal modelde Tablo 1’de belirtildiği gibi 12 alt başlık tanımlanmıştır (28).

Tablo 1. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması: kavramsal model tarafından tanımlanan 12 alt başlık

| Sağlık okuryazarlığı | Sağlıkla ilgili bilgilere erişme/elde etme | Sağlıkla ilgili bilgileri anlama | Sağlıkla ilgili bilgilerin süreci/değerlendirilmesi | Sağlık ile ilgili bilgilerin uygulanması/kullanılması |
|--------------------------------|--|---|---|---|
| Sağlık hizmetleri | 1) Tıbbi bilgilere erişim kabiliyeti | 2) Tıbbi bilgileri anlama kabiliyeti | 3) Tıbbi bilgileri değerlendirme ve yorumlama kabiliyeti | 4) Tıbbi bilgiler ışığında karar verebilme kabiliyeti |
| Hastalıkların önlenmesi | 5) Risk faktörleri hakkındaki bilgilere erişebilme kabiliyeti | 6) Risk faktörleri üzerindeki bilgileri anlama kabiliyeti | 7) Risk faktörleri hakkındaki bilgileri değerlendirme ve yorumlama kabiliyeti | 8) Risk faktörleri hakkında bilgiye dayalı kararlar verebilme kabiliyeti |
| Sağlığın geliştirilmesi | 9) Sosyal ve fiziksel çevrede sağlığın belirleyicileri konusunda kendini güncelleme kabiliyeti | 10) Sosyal ve fiziksel çevrede sağlığın belirleyicilerine ilişkin bilgileri anlama kabiliyeti | 11) Sosyal ve fiziksel çevrede sağlık belirleyicilerine ilişkin bilgileri değerlendirme ve yorumlama kabiliyeti | 12) Sosyal ve fiziksel çevrede sağlık belirleyicileri hakkında bilgiye dayalı kararlar verebilme kabiliyeti |

Kaynak: Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, vd. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 25 Ocak 2012;12:80.

2.3.2 Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması

Nutbeam, sağlık okuryazarlığını üç şekilde sınıflandırmıştır. Bunlar:

- **Temel-İşlevsel SOY;** kişilerin okuma ve yazma becerilerini bireysel sağlık yönetiminde aktif ve etkin olarak kullanabilmesi durumudur.

- **İnteraktif-İletişimsel SOY;** kişilerin gelişmiş okuryazarlık ve kognitif yetilerini, sosyal kabiliyetlerle birlikte, çeşitli iletişim yollarını kullanarak bilgi edinmeyi, anlam çıkarabilmeyi ve bu bilgileri güncel durumlara uygulayabilmeyi içermektedir.
- **Eleştirel SOY;** sağlık okuryazarlığının ileri düzeyi olarak kabul edilir ve sağlık ile ilgili bilgileri irdeleyerek sonuçlarının uygulanmasında kişinin sosyal ve bilişsel becerilerini kullanarak bu bilgiyi eleştirel uygulamasını kapsamaktadır (29).

2.3.3 Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi

Günümüzde sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde çok sayıda ölçme aracı mevcuttur. Bunlardan bazıları Türkçe'ye uyarlanmış bir kısmı ise Türkçe olarak hazırlanmıştır (30):

- 1) **NVS:** Newest Vital Sign / Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeği
- 2) **TOFHLA:** The Test of Functional Health Literacy in Adults / Yetişkinlerdeki İşlevsel Sağlık Okuryazarlık Testi (YİSOT)
- 3) **HLS-EU:** Instrument for Assessment of Health Literacy / Sağlık Okuryazarlığı Tanılama Ölçeği
- 4) **REALM:** The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine / Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Ölçümü
- 5) **SOYÖ:** Health Literacy Index / Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
- 6) **PHLAT:** Parental Health Literacy Activities Test / Ebeveyn Sağlık Okuryazarlığı Aktivite Testi Kısa Formu
- 7) **SOY-SEN:** Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği
- 8) **YSOÖ:** Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
- 9) **e-HEALS:** The E-health Literacy Scale / e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
- 10) **TSOY- 32:** Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32
- 11) **ASOY-TR:** Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması

2.3.4 Sağlık Okuryazarlığının Etkilediği Sağlık İlişkili Parametreler

Yetersiz sağlık okuryazarlığı sağlığı önemli derecede etkilemektedir. Düşük düzeyde SOY;

- Koruyucu sağlık hizmetlerini anlama ve uygulamada problemlere yol açmakta,
- Sağlık açısından riskli seçimlere (örn. daha yüksek tütün tüketimi) neden olmakta,
- Kronik hastalıkların kontrolünü zayıflatmakta (örn. hipertansiyon, HCV enfeksiyonu ve hipotiroidi)
- Tedavilere gösterilen uyumu azaltmakta,
- İş kazalarında artışa,
- Acil servis kullanımında artışa,
- Daha fazla hastaneye yatış ve rekürren yatışlara,
- Sağlık harcamalarında artışa,
- Erken ölüm ve artan mortaliteye sebep olmaktadır (31).

Sağlık okuryazarlığının düşük olması sosyodemografik özelliklerle ilişkilidir ve bu durum var olan eşitsizlikleri daha çok çoğaltma potansiyeline sahiptir. Düşük SOY'a sahip olan insanlar genellikle yaşlı, göç etmiş ve maddi olarak devlet desteği alan, daha düşük bir eğitim seviyesine sahip kişilerdir. Sekiz Avrupa Ülke'sinin katıldığı Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nın elde ettiği sonuçlar eğitim seviyesi yüksek bireylerde SOY'un anlamlı oranda daha yüksek olduğunu göstererek eğitim alanında bir sosyal sınıflaşma olduğunu doğrulamaktadır (32).

2.3.5 Ülkemizdeki Sağlık Okuryazarlığın Değerlendirilmesi

Ülkemizde SOY kavramının öneminin anlaşılması ve irdelenmesi yakın geçmişte olmuştur. Sağlık Okuryazarlığı Anketi- Avrupa Birliği (HLS-EU) ölçeği; 2014 yılında Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası'nın yürüttüğü saha araştırmasında geçerlilik testi yapılarak Türkçe'ye uyarlanmıştır. Bu çalışma, Türkiye toplumunun %64,6'sının yetersiz veya sorunlu SOY düzeyine sahip olduğunu göstermiş ve bu oran daha kaliteli ve yüksek standartlarda sağlık hizmetleri için öncelikli olarak toplumun SOY düzeyinin artırılmasına yönelik girişimlerde bulunulması gerektiğini ortaya koymuştur (33). Sağlık Bakanlığı, Stratejik Planı ve mevzuatı çerçevesinde, "Halk arasında sağlık okuryazarlığı düzeyini tespit etme, izleme ve artırma" ve "Toplumda sağlık okuryazarlığını artırmak için iletişim faaliyetlerini güçlendirme" gibi hedefleri uygulamak için harekete geçmiştir (34).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması'nda Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR) ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) ölçeklerinin geçerlilikleri ve güvenilirlikleri ortaya konulmuş Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği (SOY-SEN) geliştirme ön çalışması yapılmıştır (35). Bununla birlikte bir diğer çalışmada Türk toplumunun SOY oranını değerlendirmede ölçme araçlarının yetersiz olduğu görülmüş, yazarlar sosyokültürel olarak toplumumuza uygun ölçekler geliştirilmesi gerektiğini vurgulamışlardır (36). 2022 yılında yayınlanan Türk toplumunda sağlık okuryazarlığı ve ruh sağlığı okuryazarlığı ilişkisi isimli çalışmada, bireylerin %48,2'sinin yetersiz-sınırlı SOY'a sahip olduğu saptanmıştır (37).

Son zamanlarda belirli grupların SOY düzeyi ve buna etki eden faktörlerin belirlenebilmesi amacıyla çalışmalar kesitsel olarak planlanarak yapılmıştır. Belediye meslek edindirme kurslarına kayıtlı 837 kadının dahil edildiği bir çalışmada %45.9'unun yetersiz %30.6'sının sınırlı SOY düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (38). Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hatanesi'nde 460 gebenin dahil edildiği bir diğer çalışmada %66.1'i yetersiz SOY'a sahip bulunmuştur (39). Bu çalışmalardan da anlaşıldığı üzere benzer özellikleri taşıyan belirli gruplardaki SOY düzeyi genel ülke değerlerinin altında kalabilmekte, etkileyen faktörler ve iyileştirme adına atılacak adımlar değişebilmektedir.

2.4 KUMAR BAĞIMLILIĞI VE AİLE

Kumar dünya çapında sosyalleşme ve eğlence biçimi haline gelmiş olsa da ,kişinin hayatını bir çok yönden olumsuz etkileyecek endişe verici bir halk sağlığı sorunudur (40). Genellikle patolojik kumarın etkisine ilk maruz kalan sistem ailedir (41). Her bir kumarbazın iş arkadaşları ve aile üyeleri dahil toplamda 10-17 kişiyi etkilediği tahmin edilmektedir (42).Kumar sorunu ile ilgili yapılan literatür çalışmalarında sorunlu kumarbazların aile üyeleri tarafından en yaygın sorunları şu şekilde bildirilmiştir. Kişisel veya eve ait para kaybı, aile içi artan tartışma, öfke ve şiddetin kontrol edilememesi, kumar ile ilgili davranışları saklamaya yönelik artan yalan ve aldatma, ailenin ihmal edilmesi, aile içi etkileşimin azalması ve buna bağlı sonuçlanan zayıf iletişim, ailede rollerin ve sorumluluklarının aksatılması (43). Ayrıca

sorunlu kumarbazların %87'sinin eşlerini çocuklarının önünde alaya alıp küçümsediği gözlemlenmiştir (44). Kumar oynayan ebeveynlerin çocuklarının gözünde hem fiziksel hem de varoluşsal kayıp söz konusudur. Bu varoluşsal kayıp ebeveynin onları artık tanımayan, onları sevmeyen veya değer vermeyen biri halini aldığı ve fiziksel ve zihinsel olarak orada onlarla birlikte olmadığı hissiyle alakalıdır (45). Aynı zamanda bu çocuklar ebeveynleri ile ilişkilerinde büyük bir tutarsızlık yaşamış zaman zaman üzerlerine titremiş zaman zaman da görmezden gelinmiştir (44). Kumarbaz babaların %37'sinin çocuğuyla vakit geçirmediği saptanmıştır (46). Sosyodemografik değişkenler ve komorbiditeler eşitlendiğinde bile kumar bağımlılığı ile aile içi şiddet ilişkili bulunmuştur (47). Kumar sorunu ; aile işlev bozukluğuna sebep olarak görülmekle birlikte, ailedeki sosyal zayıflıklar kumar bağımlılığında kolaylaştırıcı faktör olarak öne sürülmektedir. Sorundan önce ya da sonra aile işleyişinin bozulması hakkında kesin kaniya varmak zordur (40).

2.5. KUMAR BAĞIMLILIĞI, AİLE VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Ebeveynler çocukların sağlığını birçok yönden etkiler (48) . Kişinin kendine ve ailesine bakımı sağlık okuryazarlığı ile ilişkilidir. Ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile çocuklarının ve kendilerinin sağlık sonuçları arasında ilişki vardır (49). Fong ve arkadaşları tarafından 258 ebeveyn katılımı ile yapılan çalışmada yetersiz SOY düzeyine sahip ebeveynlerin yenidoğan bakımında da yetersiz olduğu gösterilmiştir (50). Cheng ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği 17.845 ebeveynin dahil edildiği çalışmada ise SOY'un yeterli olmaması ile ebeveyn depresyonu, çocuklarda artmış televizyon izleme ve çocuk yaralanmalarına karşı riskli ebeveyn davranışları ilişkili bulunmuştur (51). Genel nüfusun sağlık okuryazarlığı ile ilgili artan oranda çalışmalar mevcut olsa da ruhsal hastalıklara sahip olmak gibi spesifik nüfus gruplarının sağlık okuryazarlığı ile ilgili araştırmalar sınırlıdır (52). Zayıf sağlık okuryazarlığına sahip olmak seçimlerin daha sağlıksız sonuçlanmasına, riskli davranışların artmasına, kendi kendine yönetimin daha kötü sağlık sonuçlarıyla neticelenmesine sebebiyet vermektedir (53).Yapılan çalışmalar alkol ve sigara kullanımı, madde bağımlılığı gibi riskli sağlık davranışlarıyla düşük sağlık okuryazarlığının ilişkili olabileceğini göstermektedir (54)

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışma Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 2011-KAEK-25 2021/12-09 Karar No'lu 29.12.2021 tarihli izni ile yapılmıştır.

3.1. ÖRNEKLEM

Araştırmamız 01.01.2022-31.03.2023 tarihleri arasında Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Görükle Ek Binası Psikiyatri Hastanesi davranışsal bağımlılık polikliniği ve Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya evli/dul ve çocuk sahibi olan 18 yaş üstü bireyler dahil edilmiştir. Araştırmamız 29.12.2021 tarihinde S.B.Ü Bursa Yüksek İhtisas E.A.H Klinik Araştırmalar Etik Kurulunda incelenmiş olup 2011-KAEK-25 2021/12-09 protokol numarası ve "Kumar Bağımlılarında Anne Babalık ve Aile Uyumunun Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkisi" adıyla etik kurul tarafınca onay alınmıştır.(Ek)

Araştırmaya dahil edilme kriterleri; DSM-V kriterlerinden en az dördünü karşılamak, evli/dul, çocuk sahibi olmak, 18 yaş üstü ve araştırmaya katılmayı kabul etmektir. Araştırmadan dışlama kriterleri;18 yaş altı olmak, bekar olmak, evli ancak çocuk sahibi olmamak ve araştırmaya katılmayı kabul etmemektir.

Araştırmamız gözlemsel, analitik,kesitsel bir vaka-kontrol çalışmasıdır. Çalışmamızda gözlemci eşliğinde cevaplama ve kendi kendine cevaplama şeklinde anket aracılığıyla bilgi toplanmıştır. Anket öncesinde hastalara bilgi verilmiş ve aydınlatılmış onam formu alınmıştır. Hasta gizliliğine özen gösterilmiştir. Bunun sonucunda araştırmaya katılmaya gönüllü olan, evli veya dul, çocuk sahibi on sekiz yaş üstü bireylerin sonuçları bu araştırmada değerlendirilmiştir.

Araştırmada katılımcılara sosyodemografik veri formu, kumar bağımlılık derecesini ölçmek amacıyla South Oaks Kumar Tarama Testi, Anne Babalık ve Aile Uyum Ölçeği (PAFAS-TR) ve sağlık okuryazarlığını ölçmek için En Yeni Yaşamsal Bulgu Testi (NVS) kullanılmıştır. Çalışmada incelenen tüm vakalardan araştırmaya

katılmaya gönüllü olduklarına dair ayrıntılı bilgilendirilmiş imzalı onam formu alınmıştır.

Gönüllülerin değerlendirildiği ankette yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, gelir düzeyi, kaç adet çocuk sahibi oldukları, boy, kilo değerleri, sigara alkol alışkanlıkları ve kronik hastalıkları sorgulanmıştır. South Oaks Kumar Tarama Testi kumar oynama davranışının değerlendirilmesinde kullanılan bir ölçektir. En Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeği (NVS) 6 sorudan oluşan bireyin besin etiketini okuyup anlamasını değerlendiren ölçektir.

3.2 DEĞERLENDİRME

Araştırmada evli/dul, çocuk sahibi, 18 yaş üstü bireylerin değerlendirilmesi için Sosyodemografik veri formu, South Oaks Kumar Tarama Testi, Anne Babalık ve Aile Uyum Ölçeği (PAFAS-TR) ve En Yeni Yaşamsal Bulgu Testi (NVS) kullanılmıştır.

3.3 GEREÇLER

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Bu formda yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, gelir düzeyi, kaç adet çocuk sahibi oldukları, boy, kilo değerleri, sigara alkol alışkanlıkları ve hastalıkları ile ilgili veriler içermektedir.

3.3.2. South Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT)

Kumar oynamanın şiddetinin belirlenmesinde kullanılan SOKTT Leiseur ve Blume tarafından 1987'de geliştirilmiştir (55). Toplamda 20 puan üzerinden değerlendirilen bu test 5 puan ve üzeri olması durumunda 'muhtemel patolojik düzeyde kumarbaz' olarak sınıflandırılmaktadır. Türkçe uyarlaması 2001 yılında Duvarcı ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada geçerlilik ve güvenliği incelenmiş

olup kültürümüze özgü olmayan 3 soru çıkartılarak yerine 2 soru eklenmiştir. Son şekli verilerek patolojik kumarbazların saptanmasında geçerli bir yöntem olarak kullanılmaya başlanmış; 19 madde üzerinden 8 puan ve üzeri ‘olası patolojik kumarbaz’ olarak sınıflandırılmıştır. (kaynakça)

3.3.3. Anne Babalık ve Aile Uyum Ölçeği (PAFAS-TR)

Parenting and Family Adjustment Scale (PAFAS); 2010 yılında Sanders ve arkadaşları tarafından, ebeveynlik tutumlarını saptamak için geliştirilmiş 30 maddeden oluşan bir ölçektir (24). Anne babalık tutumları (Anne babalık Ölçeği) alt ölçeği, Anne baba tutarlılığı, zorlayıcı anne babalık, olumlu cesaretlendirme, anne baba-çocuk ilişkisini ortaya koyarken; anne baba ve aile uyumu (Aile Uyum Ölçeği) alt ölçeği, Anne babalık duygusal uyumu ,aile ilişkileri ve anne baba ekip çalışması arasındaki uyumunu göstermektedir. Her alt ölçek için puanın yükselmesi disfonksiyonun oluştuğunu gösterir. 2020 yılında Güller ve arkadaşları tarafından 2-12 yaş çocuklarda Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır (25).

3.3.4. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği En Yeni Yaşamsal Bulgu Testi (Newest Vital Sign-Nvs)

2005 yılında Weiss ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu test bir besin maddesinin arkasında yer alan etiketin değerlendirilmesini içeren 6 sorudan oluşmaktadır (56). Dört sorudan daha az yanıt verilmesi haline yetersiz SOY beş ve altı sorunun doğru yanıtlanması yeterli SOY olarak değerlendirilmektedir. Testin Türkçe güvenilirlik-geçerlilik çalışması Özdemir ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılmıştır. (57).

3.4. İSTATİKSEL ANALİZ

Araştırmamızda değerlendirilen vakaların demografik ve klinik özellikleri betimleyici istatistiksel analizlerle (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma vb.) incelenmiştir. Araştırmamızda değerlendirilen KOB vakaları ile kontrol grubu katılımcılar arasında eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, gelir düzeyi, medeni durum, çocuk sayısı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, ek hastalık, sağlık okuryazarlığı yeterlilik oranlarının karşılaştırılması Ki-Kare Analiz ile yapılmıştır.

KOB vakaları ile kontrol grubu katılımcılar arasında yaş, NVS ve PAFAS skor ortalamalarının, KOB vakaları arasında sağlık okuryazarlık durumuna ve ek hastalık durumuna göre SOKTT ve PAFAS ortalamalarının ve medyan değerlerinin karşılaştırılmasında Bağımsız Gruplar t testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. KOB tanılı vakalarda SOKTT skorları ile PAFAS skorları arasındaki ilişki, KOB tanılı vakalarda NVS skorları ile PAFAS skorları arasındaki ilişki, kontrol grubu bulunan katılımcıların NVS skorları ile PAFAS skorları arasındaki ilişki, KOB tanılı vakaların yaş ve çocuk sayısı ile SOKTT, NVS ve PAFAS skorları arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Analizi kullanılarak incelenmiştir. KOB olan vakalarda ve kontrol grubu yer alan katılımcılarda babalık ve aile uyumuna etki eden değişkenler Hiyerarşik Regresyon Analizi ile incelenmiştir. Tüm analizler için anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak belirlendi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu basıklık ve çarpıklık değerleriyle ($\pm 1,5$) kontrol edildi. Analizlerin uygulamasında IBM SPSS 22.0 programı kullanıldı.

4. BULGULAR

Araştırmamızda değerlendirilen KOB ve KG vakalarının demografik özellikleri Tablo 2’de verilmiştir. KOB vakalarının 5’i (%9,1) ilkokul, 4’ü (%7,3) lise, 22’si (%40) üniversite, 9’u (%16,4) yüksek lisans ve üzeri eğitim durumuna sahipti. Vakaların 51’i (%92,7) aktif çalışan, 4’ü ise (%7,3) emekli olmakla birlikte çalışanların 16’sı (%29,1) memur, 18’i (%32,7) işçi, 10’u (%18,2) serbest meslek, 7’si (%12,7) ise diğer meslek grubundandı. KOB vakalarından 7’si (%12,7) kendilerinin düşük, 42’si (%76,4) orta, 6’sı (%10,9) yüksek gelir düzeyine sahip olduğunu belirtti. Sadece iki vaka (%3,6) boşanmıştı, diğer 53’ü (%96,4) evliliğini sürdürmekteydi. Çocuk dağılımı şu şekildeydi; 14’ü (%25,5) 1, 31’i (%56,4) 2, 9’u (%16,4) 3, 1’i (%1,8) 4 çocuğa sahipti. KOB vakalarının 35’inin (%63,6) sigara kullandığı, 20’sinin (%36,4) alkol kullandığı bulundu.

Araştırmada değerlendirilen kontrol gurubu vakalarının 5’i (%9,1) ilkokul, 5’i (%9,1) ortaokul, 13’ü (%23,6) lise, 21’i (%38,2) üniversite, 11’i (%20) yüksek lisans ve üzeri bir eğitim durumuna sahipti. Kontrol grubunun 42’si (%76,4) çalışanlardan, 12’si (%21,8) emekli kişilerden oluşmakla birlikte çalışanların 17’si (%30,9) memur, 8’i (%14,5) işçi, 10’u (%18,2) serbest meslek, 8’i (%14,5) diğer mesleklere sahipti. Kontrol grubu vakalarının 7’si (%12,7) düşük, 41’i (%74,5) orta, 7’si (%12,7) yüksek gelir düzeyine sahip olduğu ifade etti. Kontrol grubu vakalarının tamamı (55-%100) evli olmakla birlikte, 11’i (%20) 1, 20’si (%36,4) 2, 13’ü (%23,6) 3, 9’u (%16,4) 4, 2’si (%3,6) 5 çocuğa sahipti. 27’si (%49,1) sigara, 5’i (%9,1) alkol kullanmaktaydı.

Araştırmada değerlendirilen KOB vakaların yaş ortalamalarının $42,20 \pm 7,44$, kontrol grubu katılımcıların yaş ortalamalarının $42,27 \pm 7,56$ olduğu bulundu. Bağımsız Gruplar t testine göre iki grup arasında yaş ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu ($p=0,960$).

Bağımsız Gruplar t testine göre KOB vakaların alkol kullanımı ortalamalarının kontrol gurubu katılımcıların alkol kullanımı ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu ($p=0,001$).

KOB ve kontrol grupları arasında yapılan Ki-Kare Testine göre çocuk sayısı oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği bulundu ($p=0,018$).

Ki-Kare Testine göre KOB vakaların çalışma durumu oranlarının kontrol grubu katılımcıların çalışma durumu oranlarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu ($p=0,018$).

Tablo 2. Araştırmada değerlendirilen KOB vakaları ile KG katılımcıların demografik özelliklerinin karşılaştırılması

| | | KOB | | KG | | p |
|------------------|---------------------|--------|-------|--------|-------|---------------|
| | | n/Ort. | %/SS. | n/Ort. | %/SS. | |
| Yaş | | 42,20 | 7,44 | 42,27 | 7,56 | 0,960a |
| Eğitim Durumu | İlkokul | 5 | 9,1 | 5 | 9,1 | 0,976b |
| | Ortaokul | 4 | 7,3 | 5 | 9,1 | |
| | Lise | 15 | 27,3 | 13 | 23,6 | |
| | Üniversite | 22 | 40,0 | 21 | 38,2 | |
| | Yüksek lisans üzeri | 9 | 16,4 | 11 | 20,0 | |
| Çalışma durumu | Evet | 51 | 92,7 | 42 | 76,4 | 0,018b |
| | Hayır | 4 | 7,3 | 13 | 23,6 | |
| Meslek | Emekli | 4 | 7,3 | 12 | 21,8 | 0,094b |
| | Memur | 16 | 29,1 | 17 | 30,9 | |
| | İşçi | 18 | 32,7 | 8 | 14,5 | |
| | Serbest meslek | 10 | 18,2 | 10 | 18,2 | |
| | Diğer | 7 | 12,7 | 8 | 14,5 | |
| Gelir Düzeyi | Düşük | 7 | 12,7 | 7 | 12,7 | 0,956b |
| | Orta | 42 | 76,4 | 41 | 74,5 | |
| | Yüksek | 6 | 10,9 | 7 | 12,7 | |
| Medeni durum | Evli | 53 | 96,4 | 55 | 100,0 | 0,154b |
| | Boşanmış | 2 | 3,6 | 0 | 0,0 | |
| Çocuk sayısı | 1,0 | 14 | 25,5 | 11 | 20,0 | 0,018b |
| | 2,0 | 31 | 56,4 | 20 | 36,4 | |
| | 3,0 | 9 | 16,4 | 13 | 23,6 | |
| | 4,0 | 1 | 1,8 | 9 | 16,4 | |
| | 5,0 | 0 | 0,0 | 2 | 3,6 | |
| Sigara kullanımı | Evet | 35 | 63,6 | 27 | 49,1 | 0,124b |
| | Hayır | 20 | 36,4 | 28 | 50,9 | |
| Alkol kullanımı | Evet | 20 | 36,4 | 5 | 9,1 | 0,001b |
| | Hayır | 35 | 63,6 | 50 | 90,9 | |
| | | 27,29 | 3,07 | 27,26 | 2,97 | 0,953a |

Tablo 3. Araştırmada değerlendirilen KOB vakaları ile KG katılımcılar arasında ek hastalık oranlarının karşılaştırılması

| | | KOB | | KG | | p |
|-----------------------------|-----|-----|------|----|-------|-------|
| | | n | % | n | % | |
| Kronik hastalığımız var mı? | Yok | 36 | 65,5 | 40 | 72,7 | 0,409 |
| | Var | 19 | 34,5 | 15 | 27,3 | |
| DM | Yok | 51 | 92,7 | 53 | 96,4 | 0,401 |
| | Var | 4 | 7,3 | 2 | 3,6 | |
| HT | Yok | 51 | 92,7 | 48 | 87,3 | 0,340 |
| | Var | 4 | 7,3 | 7 | 12,7 | |
| KALP | Yok | 48 | 87,3 | 51 | 92,7 | 0,340 |
| | Var | 7 | 12,7 | 4 | 7,3 | |
| SVO | Yok | 54 | 98,2 | 55 | 100,0 | 0,315 |
| | Var | 1 | 1,8 | 0 | 0,0 | |
| DİĞER | Yok | 48 | 87,3 | 51 | 92,7 | 0,340 |
| | Var | 7 | 12,7 | 4 | 7,3 | |

Ki-Kare Testi.

KOB ve kontrol grupları arasında yapılan Ki-Kare Testine göre kronik hastalığı olma durumu ($p=0,409$), DM ($p=0,401$), HT ($p=0,340$), kalp ($p=0,340$), SVO ($p=0,315$), diğer hastalık ($p=0,340$) oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu.(Tablo 3)

Tablo 4. Araştırmada değerlendirilen KOB vakaları ile KG katılımcılar arasında SOYÖ skorlarının karşılaştırılması

| | KOB | | KG | | p |
|------|------|------|------|------|-------|
| | Ort. | SS. | Ort. | SS. | |
| SOYÖ | 2,45 | 1,71 | 3,13 | 2,03 | 0,063 |

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, Bağımsız Gruplar t testi

Bağımsız Gruplar t testine göre KOB vakaları ile KG katılımcıları arasında SOYÖ skor ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği ($p=0,063$) bulundu.(Tablo 4)

Tablo 5. Araştırmada değerlendirilen KOB vakaları ile KG katılımcılar arasında PAFAS skorlarının karşılaştırılması

| | KOB | | KG | | p |
|-----------------------------|-------|------|-------|-------|--------------|
| | Ort. | SS. | Ort. | SS. | |
| PAFAS | 29,58 | 8,56 | 29,73 | 11,05 | 0,939 |
| Anne baba tutarlılığı | 6,47 | 1,90 | 6,09 | 1,53 | 0,249 |
| Zorlayıcı anne babalık | 4,47 | 2,31 | 5,22 | 3,09 | 0,155 |
| Olumlu cesaretlendirme | 2,71 | 1,67 | 3,18 | 2,12 | 0,197 |
| Anne baba çocuk ilişkisi | 2,91 | 2,74 | 3,55 | 3,12 | 0,259 |
| Anne babalık duygusal uyumu | 6,22 | 2,54 | 5,58 | 2,84 | 0,218 |
| Aile ilişkileri | 3,15 | 1,99 | 3,22 | 2,23 | 0,857 |
| Anne baba ekip çalışması | 3,65 | 1,96 | 2,89 | 1,83 | 0,037 |

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, Bağımsız Gruplar t testi

Tablo 5'te gösterildiği gibi Bağımsız Gruplar t testine göre KOB tanıli vakaların anne baba ekip çalışması ortalamalarının kontrol gurubu katılımcıların anne baba ekip çalışması ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu (p=0,037) bulundu.

Bağımsız Gruplar t testine göre KOB tanıli vakaları ile KG katılımcıları arasında PAFAS (p=0,939), anne baba tutarlılığı (p=0,249), zorlayıcı anne babalık (p=0,155), olumlu cesaretlendirme (p=0,197), anne baba çocuk ilişkisi (p=0,259), anne babalık duygusal uyumu (p=0,218), aile ilişkileri (p=0,857) skor ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu.

Tablo 6. KOB vakaların SOKTT skor dağılımları

| | Ort. | SS. | Min. | Maks. |
|-------|------|------|------|-------|
| SOKTT | 9,72 | 5,66 | 1,00 | 20,00 |

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma

Araştırmada değerlendirilen KOB tanıli vakaların SOKTT ortalamalarının 9,72±5,66 (Min.=1,00-Maks.=20,00) olduğu bulundu.(Tablo 6)

Tablo 7. KOB tanıli vakalarda SOKTT skorları ile PAFAS skorları arasındaki ilişki

| | | SOKTT |
|------------------------|---|----------------|
| PAFAS | r | 0,134 |
| | p | 0,329 |
| Anne baba tutarlılığı | r | -0,022 |
| | p | 0,872 |
| Zorlayıcı anne babalık | r | 0,074 |
| | p | 0,592 |
| Olumlu cesaretlendirme | r | -0,302* |
| | p | 0,025 |

| | | |
|-----------------------------|---|----------------|
| Anne baba çocuk ilişkisi | r | -0,170 |
| | p | 0,215 |
| Anne babalık duygusal uyumu | r | 0,358** |
| | p | 0,007 |
| Aile ilişkileri | r | 0,294* |
| | p | 0,029 |
| Anne baba ekip çalışması | r | 0,254 |
| | p | 0,061 |

Pearson Korelasyon Analizi

KOB tanıli vakalarda SOKTT skorları ile PAFAS skorları arasındaki ilişkiyi ortaya koyan Tablo 7’de belirtildiği gibi; KOB tanıli vakalarda yapılan Pearson Korelasyon Analizine göre vakaların SOKTT skorları ile anne babalık duygusal uyumu ($r=0,215$, $p=0,007$), aile ilişkileri ($r=0,294$, $p=0,029$) değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Buna ek olarak vakaların SOKTT skorları ile olumlu cesaretlendirme değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu ($r=-0,302$, $p=0,025$) bulundu.

Tablo 8. KOB tanıli vakalarda NVS skorları ile PAFAS skorları arasındaki ilişki

| | | SOYÖ |
|-----------------------------|---|-----------------|
| PAFAS | r | -0,370** |
| | p | 0,005 |
| Anne baba tutarlılığı | r | 0,212 |
| | p | 0,121 |
| Zorlayıcı anne babalık | r | -0,220 |
| | p | 0,107 |
| Olumlu cesaretlendirme | r | -0,192 |
| | p | 0,159 |
| Anne baba çocuk ilişkisi | r | -0,208 |
| | p | 0,127 |
| Anne babalık duygusal uyumu | r | -0,412** |
| | p | 0,002 |
| Aile ilişkileri | r | -0,427** |
| | p | 0,001 |
| Anne baba ekip çalışması | r | -0,141 |
| | p | 0,306 |

Pearson Korelasyon Analizi

KOB tanıli vakalarda yapılan Pearson Korelasyon Analizine göre vakaların NVS skorları ile PAFAS ($r=-0,370$, $p=0,005$), anne babalık duygusal uyumu ($r=-0,412$, $p=0,002$), aile ilişkileri ($r=-0,427$, $p=0,001$) değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu.(Tablo 8)

Tablo 9. KG bulunan katılımcıların NVS skorları ile PAFAS skorları arasındaki ilişki

| | | SOYÖ |
|-----------------------------|---|-----------------|
| PAFAS | r | -0,354** |
| | p | 0,008 |
| Anne baba tutarlılığı | r | 0,032 |
| | p | 0,817 |
| Zorlayıcı anne babalık | r | -0,061 |
| | p | 0,660 |
| Olumlu cesaretlendirme | r | -0,131 |
| | p | 0,342 |
| Anne baba çocuk ilişkisi | r | -0,430** |
| | p | 0,001 |
| Anne babalık duygusal uyumu | r | -0,222 |
| | p | 0,103 |
| Aile ilişkileri | r | -0,325* |
| | p | 0,015 |
| Anne baba ekip çalışması | r | -0,435** |
| | p | 0,001 |

Pearson Korelasyon Analizi

Kontrol grubu katılımcılar arasında yapılan Pearson Korelasyon Analizine göre vakaların NVS skorları ile PAFAS ($r=-0,354$, $p=0,008$), anne baba çocuk ilişkisi ($r=-0,430$, $p=0,001$), aile ilişkileri ($r=-0,325$, $p=0,015$), anne baba ekip çalışması ($r=-0,435$, $p=0,001$) değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu Tablo 9’da belirtilmiştir.

Tablo 10. KOB tanılı vakaların yaş ve çocuk sayısı ile SOKTT, NVS ve PAFAS skorları arasındaki ilişki.

| | | Yaş | Çocuk Sayısı |
|-----------------------------|---|-----------------|----------------|
| SOKTT | r | -0,411** | -0,050 |
| | p | 0,002 | 0,716 |
| NVS | r | 0,173 | -0,287* |
| | p | 0,206 | 0,034 |
| PAFAS | r | -0,074 | -0,157 |
| | p | 0,591 | 0,251 |
| Anne baba tutarlılığı | r | 0,172 | -0,187 |
| | p | 0,208 | 0,171 |
| Zorlayıcı anne babalık | r | -0,179 | -0,018 |
| | p | 0,190 | 0,896 |
| Olumlu cesaretlendirme | r | 0,195 | 0,018 |
| | p | 0,154 | 0,898 |
| Anne baba çocuk ilişkisi | r | 0,045 | -0,089 |
| | p | 0,742 | 0,519 |
| Anne babalık duygusal uyumu | r | -0,140 | -0,076 |
| | p | 0,309 | 0,581 |
| Aile ilişkileri | r | -0,192 | -0,086 |
| | p | 0,161 | 0,530 |
| Anne baba ekip çalışması | r | -0,134 | -0,189 |
| | p | 0,330 | 0,168 |

Pearson Korelasyon Analizi

KOB tanılı vakaların arasında yapılan Pearson Korelasyon Analizine göre vakaların SOKTT skorları ile yaşları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu ($r=-0,411$, $p=0,002$) bulundu. Buna ek olarak KOB tanılı vakaların NVS skorları ile çocuk sayıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu ($r=-0,287$, $p=0,034$) bulundu.(Tablo 10)

Tablo 11. Araştırmada değerlendirilen KOB vakaları ile KG katılımcılar arasında sağlık okuryazarlığı yeterlilik oranlarının karşılaştırılması

| | | KOB | | KG | | p |
|-----|----------|-----|------|----|------|--------------|
| | | n | % | n | % | |
| NVS | Yetersiz | 41 | 74,5 | 31 | 56,4 | 0,045 |
| | Yeterli | 14 | 25,5 | 24 | 43,6 | |

Ki-Kare Testi.

Ki-Kare Testine göre KOB tanılı vakaların NVS yeterli oranlarının kontrol grubu katılımcıların NVS yeterli oranlarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha düşük olduğu ($p=0,045$) bulundu.(Tablo11)

Tablo 12. Araştırmada değerlendirilen KOB vakaları arasında sağlık okuryazarlık durumuna göre SOKTT ve PAFAS korlarının karşılaştırılması

| | Yetersiz | | | Yeterli | | | p |
|-----------------------------|----------|-------|-------|---------|-------|-------|--------------|
| | Med. | %25 | %75 | Med. | %25 | %75 | |
| SOKTT | 11,00 | 6,00 | 13,00 | 7,00 | 3,00 | 15,00 | 0,450 |
| PAFAS | 32,00 | 24,00 | 37,00 | 25,50 | 20,00 | 31,00 | 0,024 |
| Anne baba tutarlılığı | 6,00 | 5,00 | 7,00 | 7,00 | 5,00 | 8,00 | 0,341 |
| Zorlayıcı anne babalık | 5,00 | 3,00 | 6,00 | 3,00 | 2,00 | 6,00 | 0,180 |
| Olumlu cesaretlendirme | 3,00 | 2,00 | 4,00 | 2,00 | 1,00 | 3,00 | 0,091 |
| Anne baba çocuk ilişkisi | 3,00 | 0,00 | 5,00 | 1,00 | 0,00 | 5,00 | 0,174 |
| Anne babalık duygusal uyumu | 6,00 | 6,00 | 9,00 | 5,00 | 3,00 | 5,00 | 0,001 |
| Aile ilişkileri | 3,00 | 2,00 | 5,00 | 2,00 | 1,00 | 3,00 | 0,032 |
| Anne baba ekip çalışması | 4,00 | 2,00 | 5,00 | 3,00 | 2,00 | 4,00 | 0,184 |

Med.=Medyan, Mann Whitney U testi.

KOB vakalar arasında yapılan Mann Whitney U testine göre sağlık okuryazarlık durumu yetersiz olan vakaların PAFAS, anne babalık duygusal uyumu, aile ilişkileri medyan değerlerinin sağlık okuryazarlık durumu yeterli olan vakaların

PAFAS (p=0,024), anne babalık duygusal uyumu (p=0,001), aile ilişkileri (p=0,032) medyan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu.(Tablo 12)

Tablo 13. Araştırmada değerlendirilen KOB vakaları arasında ek hastalık durumuna göre SOKTT ve PAFAS korlarının karşılaştırılması

| | Yok | | | Var | | | p |
|-----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Med. | %25 | %75 | Med. | %25 | %75 | |
| SOKTT | 10,50 | 4,50 | 13,50 | 10,00 | 4,00 | 15,00 | 0,887 |
| PAFAS | 31,00 | 21,00 | 36,50 | 29,00 | 24,00 | 36,00 | 0,710 |
| Anne baba tutarlılığı | 6,00 | 5,00 | 7,00 | 6,50 | 5,00 | 8,00 | 0,559 |
| Zorlayıcı anne babalık | 4,00 | 3,00 | 6,00 | 5,50 | 3,00 | 8,00 | 0,425 |
| Olumlu cesaretlendirme | 3,00 | 2,00 | 4,00 | 3,00 | 1,00 | 4,00 | 0,878 |
| Anne baba çocuk ilişkisi | 4,00 | ,00 | 5,00 | 1,50 | 1,00 | 5,00 | 0,594 |
| Anne babalık duygusal uyumu | 6,00 | 3,50 | 8,00 | 6,00 | 5,00 | 7,00 | 0,491 |
| Aile ilişkileri | 3,00 | 2,00 | 5,00 | 2,00 | 1,00 | 4,00 | 0,802 |
| Anne baba ekip çalışması | 3,00 | 2,00 | 4,50 | 3,00 | 2,00 | 5,00 | 0,802 |

Med.=Medyan, Mann Whitney U testi.

KOB vakalar arasında yapılan Mann Whitney U testinde ek hastalık durumuna göre SOKTT ve PAFAS medyan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu.(Tablo 13)

Tablo 14. KOB olan vakalarda babalık ve aile uyumuna etki eden değişkenler

| Model | | Standartlaştırılmamış Katsayılar | | Standartlaştırılmış Katsayılar | t | p | 95,0% GA | |
|-------|---------------------|----------------------------------|--------------|--------------------------------|---------------|-------------|---------------|--------------|
| | | B | Sh | Beta | | | AL | ÜL |
| 1 | (Sabit) | 36,124 | 7,243 | | 4,987 | <,001 | 21,589 | 50,658 |
| | Yaş | -,070 | ,158 | -,061 | -,443 | ,660 | -,387 | ,247 |
| | Çocuk sayısı | -1,846 | 1,666 | -,152 | -1,108 | ,273 | -5,188 | 1,497 |
| 2 | (Sabit) | 40,614 | 6,706 | | 6,057 | <,001 | 27,152 | 54,076 |
| | Yaş | ,036 | ,147 | ,031 | ,243 | ,809 | -,259 | ,330 |
| | Çocuk sayısı | -3,541 | 1,590 | -,292 | -2,227 | ,030 | -6,733 | -,349 |
| | NVS | -2,301 | ,664 | -,459 | -3,468 | ,001 | -3,634 | -,969 |
| 3 | (Sabit) | 38,718 | 8,445 | | 4,584 | <,001 | 21,754 | 55,681 |
| | Yaş | ,058 | ,160 | ,051 | ,366 | ,716 | -,263 | ,380 |
| | Çocuk sayısı | -3,503 | 1,607 | -,289 | -2,180 | ,034 | -6,730 | -,276 |
| | NVS | -2,263 | ,677 | -,452 | -3,343 | ,002 | -3,623 | -,903 |
| | SOKTT | ,079 | ,210 | ,052 | ,375 | ,709 | -,343 | ,501 |

Sh=Standart Hata, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, GA=Güven Aralığı.

Model 1: F=0,76, p=0,473, R2=0,03

Model 2: F=4,62, p=0,006, R2=0,21

Model 3: f=3,44, p=0,015, R2=0,22

Araştırmada değerlendirilen KOB tanılı vakaların babalık ve aile uyum değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=0,76$, $p=0,473$) yaş ve çocuk sayısı ile açıklanmadığı bulundu. Model 1'e NVS skorlarının eklenmesiyle babalık ve aile uyumu değerlerinin %21'inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=4,62$, $p=0,006$) açıklandığı bulundu. Model 2'ye SOKTT skorlarının eklenmesiyle babalık ve aile uyumu değerlerinin %22'sinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=3,44$, $p=0,015$) açıklandığı bulundu. Buna ek olarak model 3 incelendiğinde babalık ve aile uyum değerlerini açıklamada çocuk sayısı ($p=0,034$, GA:-6,730 - -0,276) ve NVS ($p=0,002$, GA:-3,623 - -0,903) skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu.(Tablo 14)

Tablo 15. KG yer alan katılımcılarda babalık ve aile uyumuna etki eden değişkenler

| Model | | Standartlanmamış Katsayılar | | Standartlaştırılmış Katsayılar | t | p | 95,0% GA | |
|-------|--------------|-----------------------------|-------------|--------------------------------|---------------|-------------|---------------|--------------|
| | | B | sh | Beta | | | AL | ÜL |
| 1 | (Sabit) | 34,083 | 8,561 | | 3,981 | <,001 | 16,904 | 51,261 |
| | Yaş | -,227 | ,225 | -,155 | -1,007 | ,318 | -,678 | ,225 |
| | Çocuk sayısı | 2,114 | 1,542 | ,211 | 1,370 | ,176 | -,981 | 5,209 |
| 2 | (Sabit) | 40,052 | 8,459 | | 4,735 | <,001 | 23,070 | 57,034 |
| | Yaş | -,201 | ,214 | -,138 | -,940 | ,351 | -,631 | ,228 |
| | Çocuk sayısı | 1,579 | 1,480 | ,158 | 1,066 | ,291 | -1,393 | 4,550 |
| | NVS | -1,829 | ,712 | -,336 | -2,570 | ,013 | -3,257 | -,400 |

Sh=Standart Hata, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, GA=Güven Aralığı.

Model 1: $F=1,03$, $p=0,366$, $R^2=0,03$

Model 2: $F=2,96$, $p=0,041$, $R^2=0,15$

Araştırmada değerlendirilen KG katılımcıların babalık ve aile uyum değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=1,03$, $p=0,366$) yaş ve çocuk sayısı ile açıklanmadığı bulundu. Model 1'e NVS skorlarının eklenmesiyle babalık ve aile uyumu değerlerinin %15'inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=2,96$, $p=0,041$) açıklandığı bulundu Buna ek olarak model 2 incelendiğinde babalık ve aile uyum değerlerini açıklamada NVS ($p=0,013$, GA:-3,257 - -0,400) skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu.(Tablo 15)

5. TARTIŞMA

Yaş ve eğitim eşlenerek yapılan çalışmada, KOB vakalarında alkol kullanımı daha sıkı ancak çocuk sayısı düşüktü. KOB vakaları daha yüksek oranda çalışan bireylerdi. NVS skor ortalamaları gruplar arasında benzerdi ancak kontrol grubunda SOY yeterlilik oranı daha fazla idi. KOB tanılı vakaların anne baba ekip çalışması kontrol grubu katılımcıların ortalamalarından daha yüksekti. KOB tanılı vakalarda SOKTT skorları ile anne babalık duygusal uyumu, aile ilişkileri değerleri arasında pozitif korelasyon vardı. Vakaların SOKTT skorları ile olumlu cesaretlendirme değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif korelasyon vardı. KOB tanılı vakalarda NVS skorları ile PAFAS, anne babalık duygusal uyumu, aile ilişkileri değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif korelasyon tespit edildi. Kontrol grubu katılımcılar arasında NVS skorları ile PAFAS, anne baba çocuk ilişkisi, aile ilişkileri, anne baba ekip çalışması değerleri arasında negatif korelasyon olduğu bulundu.

Çalışmamızda KOB vakaların alkol kullanımı ortalamalarının kontrol grubu katılımcıların alkol kullanımı ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu saptandı. Britanya’da yapılan bir çalışmada erkeklerde kumar ve alkol tüketimi arasında oldukça anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir(58) . İsviçre’de yapılan bir başka çalışma kumar bağımlılığı tedavisi görenlerin değişen oranlarda alkol sorununa sahip olduğunu göstermiştir (59). Alkol ve İlgili Koşullar üzerine Ulusal Epidemiyolojik Araştırma (National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions - NESARC) kumar bağımlısı bireylerin yaşamları boyunca alkol kötüye kullanımı tanısı alma riskini altı kat artmış olarak ortaya koymuştur (60). Türkiye’de yürütülen denetimli serbestlik tedbirine tabi kişilerde sigara, alkol ve patolojik kumar bağımlılığının araştırıldığı çalışmada alkol kullanımı ve kumar bağımlılığı arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (61). Pınarcı’nın üniversite öğrencilerinde yürüttüğü çalışmada kumar oynama ile alkol arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (62). Bu literatür verileri çalışmamızla uyumludur.

Çalışmamızda KOB ve kontrol grupları arasında çocuk sayısı oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği bulunmuştur. KOB

vakalarında çocuk sayısı daha düşük bulundu. Avusturalya’da yapılan bir çalışmada kumar sorunu olan evli bireylerin yaklaşık yarısının çocuk sahibi olduğu ve ortalama 2 çocuğa sahip oldukları gösterilmiştir(63) .Yapılan literatür çalışmalarında çocuk sahibi olmamak kumarla ilgili sorunları arttırmada bir risk faktörü olarak kabul edilirken çocuk sayısındaki değişken ile kumar bağımlılığı arasındaki ilişkiyi ortaya koyan yeterli çalışmaya rastlanamadı(64). Baydil’in yürüttüğü çalışmada çocuk sayısındaki azalma ile kumar bağımlılığındaki artış anlamlı bulunmuş ve bu çalışmamızı destekler nitelikteydi (65).Kumar oynama bozukluğu olan bireylerde aile içi iletişimde azalma, yalan söyleme, ayrılma veya aldatılma endişesi, cinsel hoşnutsuzluk, çocukların ihmali gibi birtakım aile işlev bozuklukları ile ilgili sorunlar ortaya çıkmaktadır (40,43,66). Bu sorunlar KOB olan kişilerin çocuk sayısının düşük olmasını açıklayabilir.

KOB vakaların çalışma durumu oranlarının kontrol grubu katılımcıların çalışma durumu oranlarından anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu. Yapılan birçok çalışmada düşük eğitim düzeyi ve işsizlik kumar oynama bozukluğu için risk faktörü olarak görülmüştür(67,68). Fakat Kanada’da internet üzerinden çevrimiçi kumar oynayan bireyler arasında yapılan çalışmada üniversite mezunu olanların ve tam zamanlı çalışanların oranının daha yüksek bulunduğu saptanmıştır (69). Çevrimiçi kumarda küresel olarak güçlü bir büyüme söz konusudur (70). Ayrıca stres faktörleriyle başa çıkmak kişiyi sosyal ve ruhsal zorluklar açısından risk altına sokar ve bu durum bireyleri kumar sorununa yatkın hale getirebilir (43). Bireylerin çevrimiçi kumar sitelerine kolay ulaşabilmeleri, kredi kartlarının yaygın kullanımıyla ödeme kolaylığı ve kumar oynamayı iş hayatının stresinden kaçış olarak görmeleri çalışmamızın sonuçlarının nedeni olarak gösterilebilir.

Geçmiş çalışmalar kumar oynama bozukluğunu gastrointestinal sistem sıkıntıları, dolaşım sistemi hastalıkları, çeşitli fiziksel ve ruhsal bozukluklarla ilişkili bulmuştur (54). Ancak çalışmamızda kronik hastalıklar açısından KOB ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Yaş durumunun eşitlenmesi ve benzer yaş gruplarında kronik hastalıkların görülme sıklığının benzer olması bu durumun nedeni olarak gösterilebilir.

Çalışmamızda KOB vakalarında NVS ölçeği yeterli düzeyi kontrol grubu katılımcılarına kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha düşük saptanmıştır.

KOB grubunda yeterli SOY düzeyi %25,5 bulunurken kontrol grubunda %43,6 olarak bulunmuştur. Literatüre bakıldığında SOY düzeyi eğitim durumu, gelir düzeyi, yaş, cinsiyet vb. sosyodemografik değişkenlere bağlı olarak farklılık göstermektedir (71). Çalışmamızın eğitim düzeyi, cinsiyet, yaş değişkenleri eşitlenmesine rağmen KOB vakalarının SOY düzeyi kontrol grubuna kıyasla düşük bulunmuştur. Amerika'da yetişkinlerle yapılan çalışmada yeterli SOY düzeyi %12 olarak bulunmuştur (72). Avusturalya'da yapılan bir başka yetişkin nüfusun çalışmada yetersiz SOY düzeyi %59 olarak saptanmıştır (73).Almanya'da ülke çapında yapılan bir anket çalışmasında yeterli SOY düzeyi %55.8 bulunmuştur (74). Avrupa Birliği üye ülkelerinde sağlık okuryazarlığı durumunu araştıran bir meta analiz çalışmasında yetersiz SOY düzeyi Avusturya'da %56, Bulgaristan'da %62, Çek Cumhuriyeti'nde %44, Finlandiya'da %36, Macaristan'da %41, Belçika'da %41, Polonya'da %45 olarak bulunmuştur (75). Türkiye'de yapılan çalışmalara bakıldığında Berberoğlu ve arkadaşlarının bir aile sağlığı merkezinde yürüttüğü 18-65 yaş grubu 605 kişiden oluşan çalışmada yeterli SOY düzeyi %17,2 olarak bulunmuştur (76). Özdemir ve arkadaşlarının yaptığı 405 kişinin katıldığı yaş ortalamasının 36,2 olduğu bir başka çalışmada yeterli SOY düzeyi %28.1 olarak saptanmıştır (57). Tanrıöver ve arkadaşlarının 23 ilde gerçekleştirdiği ve ülkemizdeki SOY düzeyini ortaya koyan çalışmada Türkiye'deki SOY düzeyi %64,6 yetersiz ve sorunlu olarak bulunmuştur (77). Genel nüfusun SOY düzeyini ortaya koyan çalışmalar giderek artsa da spesifik gruplara özgü SOY düzeyi ile ilgili çalışmalar sınırlıdır (52).Bağımlılık ve SOY üzerine yapılan çalışmalar da aynı şekilde sınırlıdır ancak kesitsel yapılan çalışmalarda bağımlılığı olan kişilerde SOY düzeyi düşük saptanmıştır (78). Ayrıca çalışmalar sigara, alkol tüketimi, madde kullanımı gibi riskli davranışlarla ilişkili olabileceğini ortaya koymaktadır (53,79). Fredrickson ve arkadaşlarının 646 ebeveyn katılımı ile bir pediatri kliniğinde yürüttüğü çalışmada ebeveynlerin SOY düzeyinin azalması ile sigara içme davranışında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (80). Degan ve arkadaşları tarafından madde ve alkol kullanım bozukluğu olan bireylerle yapılan çalışmada yetersiz SOY düzeyi %87olarak bulunmuştur (81). Rolova ve arkadaşlarının alkol bağımlılık tedavisi gören hastalar ile yaptığı çalışmada ise yetersiz SOY düzeyi %46.9 olarak saptanmıştır (82). Bu farklılık bağımlılık tedavisi gören bireylerin düzenli olarak tedavi amacı ile sağlık hizmetlerine başvuruda bulunarak bu sayede eğitildikleri varsayımı ile açıklanmıştır (83). Literatür

taramamızda kumar bağımlılığı ile SOY arasındaki ilişkiyi ortaya koyan herhangi bir yayın bulunamamıştır.

KOB tanılı vakaların anne baba ekip çalışması ortalamalarının kontrol gurubu katılımcıların anne baba ekip çalışması ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu. KOB tanılı vakalarda SOKTT skorları ile anne babalık duygusal uyumu, aile ilişkileri değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede pozitif korelasyon saptandı. Buna ek olarak vakaların SOKTT skorları ile olumlu cesaretlendirme değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu. PAFAS ölçeğinde alt ölçeklerin puanında artış disfonksiyonu göstermektedir. Aile uyumunu gösteren anne babalık duygusal uyumu ve aile ilişkileri alt başlıklar; çiftlerin anne babalık konusunda birbirlerini desteklediğini, ebeveynliğin stresiyle birlikte başa çıkabildiklerini, aile içerisinde olumlu sıcak ilişkilerin bulunduğunu ortaya koyar. Anne babalık tutumunu gösteren olumlu cesaretlendirme alt başlığı ise ebeveynin çocuğuna karşı disiplinler tutumunu, ödüllendirme ve cezalandırma gibi cesaretlendirmeyi destekleyecek veya baskılayacak davranış tutumlarını yansıtmaktadır. Custer kumar oynamayı ailevi, mesleki ve kişisel yaşamı olumsuz etkileyecek bir noktaya ulaşan bozukluk olarak tanımlamaktadır (84). Kumar sorunu olan kişilerin aile bireyleri, iş arkadaşları, akrabaları dahil ortalama 10-17 kişiyi etkilediği tahmin edilmektedir (42). Evlilik kumar sorunundan etkilenen ilk sistemdir (85). Literatüre bakıldığında kumar sorunu olan bireylerde ev ve kişisel paranın harcanması, aile içi tartışma ortamı, öfke kontrolsüzlüğü ve fiziksel şiddet, yalan söyleme ve aldatma, ailenin ihmal edilmesi, eş ve çocuklara karşı azalan iletişim, aile içerisinde rollerin değiştirilmesi ve sorumlulukların karıştırılması gibi birçok nedene bağlı olarak aile içi işlev bozukluğu görülmektedir (86–88). Lesieur yaptığı bir çalışmada kumar sorunu olan bireylerin %87'sinin eşlerini çocuklarının yanında aşağıladığını göstermiştir. Yapılan bir başka çalışma aile içerisinde üç ana problem alanından bahsetmiştir. Bunlardan ilki duyguların ve hislerin yönetimi, ikincisi ailede kuralların ve rollerin belirsizliği, üçüncüsü ise yalan ve tartışmalara bağlı iletişimde azalmadır (43). Kumar oynama bozukluğu olan bireylerin evliliklerinde genellikle sorunlar birbirini tetiklemektedir. Öfke, kırgınlık, suçluluk duygusu, güven eksikliği, saygı kaybı, bireyin sorumluluklara karşı azalan tutumu aile içi iletişimi azaltmaktadır (89,90).

Çalışmamızda da kumar oynama bozukluğu olan bireylerde SOKTT puanı arttıkça kaygı, stres seviyesi artmakta, kişilerin daha mutsuz, memnuniyetsiz ve ebeveyn olmanın duygusal yükleriyle başa çıkamadıkları görülmektedir. Aile ilişkilerinde ise aile bireylerinin birbirini desteklemediği, yardım etmediği hatta tartışma ve aşışılamaya varan tutumların olduğu saptanmıştır.

Kumar problemi aile içerisinde sadece eşleri değil çocukları da olumsuz şekilde etkilemektedir. Hogan ve arkadaşlarının madde bağımlıları ile yaptıkları bir çalışma Jacobs ve arkadaşlarının kumar problemi olan bireylerle yaptığı çalışmayla benzer sorunları ortaya koymuştur. Bu sorunlar tutarsız ebeveynlik, okul ilerlemesinde problemler, ebeveyn ilgisinin azalması, duygusal olarak yoksunluk, aile içi uyumsuzluk, ebeveyn ayrılığı, ebeveyn sinirliliği ve cezalandırmaya dayanan disiplin tutumu yer almaktadır (91,92). Yapılan çalışmalarda kumar sorunu olan ebeveynlerin %8'inin çocuklarına kötü davrandığını ve %37'sinin onlarla yeterli vakit geçirmediğini ortaya koymuştur. Bu çocuklar ebeveynlerin tutumlarında tutarsızlıklar yaşamışlardır. Kimi zaman fazla ilgi gösterilirken kimi zaman da yok sayılmışlardır (93,94). Yeni Zelanda da yapılan bir çalışma kumar sorunu olan bireylerin normal popülasyona göre çocuklarına karşı sert disiplin uyguladığını ortaya koymuştur (95). Çalışmamızda da kumar oynama bozukluğu olan bireylerin otoriter ebeveyn tutumu sergiledikleri, takdir etmekten ve ödüllendirmekten kaçındıkları görülmüştür.

KOB tanılı vakalarda NVS skorları ile PAFAS, anne babalık duygusal uyumu, aile ilişkileri değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulunmuştur. Kontrol grubu katılımcılarında ise NVS skorları ile PAFAS, anne baba çocuk ilişkisi, aile ilişkileri, anne baba ekip çalışması değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulunmuştur. Aile içerisinde ebeveyn tarafından çocuğa yansıtılan her davranış onun yaşamında sergileyeceği davranışın temelini oluşturmaktadır (96). Ebeveynler çocukların sağlığını birçok yönden etkiler (48). Kişinin kendine ve ailesine bakımı sağlık okuryazarlığı ile ilişkilidir. Ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile çocuklarının ve kendilerinin sağlık sonuçları arasında ilişki vardır (49). Kişinin sağlık okuryazarlık seviyesinin artırılması hem kişiye hem de topluma dayanıklılık katmakta, sağlıkta söz konusu eşitsizlikleri ortadan kaldırarak daha refah bir seviyeye ulaştırmaktadır. Ailenin sağlıkla ilgili bilgi ve becerisinin yüksek olması çocuğun

yararı açısından istenilen bir durumdur (97). Ebeveyn sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi tüm ailenin ve toplumun sağlık davranışlarını ve sonuçlarını etkilemektedir (98). Ebeveynlerin düşük SOY düzeyine sahip olmaları çocuklarına karşı sağlığı geliştirici davranışları daha az sergilemelerine neden olmaktadır (99). Literatürde ebeveynlerin düşük sağlık okuryazarlığı ile çocuklarının kötü vücut kitle indeksi, düşük uyku süresi, ağız sağlığının bozulması gibi kötü sağlık sonuçlarıyla ilişkili çalışmalar mevcuttur. Japonya’da yapılan bir çalışmada ebeveynlerin yetersiz SOY düzeyi %28 olarak bulunmuş ve bu durum çocuklarının uyku sorunlarıyla ilişkili bulunmuştur (100). Amerika’da yapılan ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı ile çocukların kilo kontrolü arasındaki ilişkiyi ele alan bir başka çalışmada ebeveynlerin sağlık okuryazarlık seviyesi %16 bulunmuştur (98). Türkiye’de yapılan annelerin SOY düzeyi ile ev kazalarının görülme sıklığı arasındaki ilişkiyi gösteren bir başka çalışmada SOY düzeyi ile kazaların görülme sıklığı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (101). Babalar ve anneler arasında sağlık okuryazarlık düzeyi açısından anlamlı farklılık olduğunu ortaya koyan bir başka çalışmada annelerin SOY durumunu babaların SOY düzeyine göre daha yüksek bulmuş; genel sağlık okuryazarlık düzeyini %62.8 yetersiz olarak bulmuştur (102). Tüm bu çalışmalar incelendiğinde ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyi ile çocukların sağlık sonuçlarını yansıtan çalışmalar mevcut olsa da ebeveynlerin sağlık okuryazarlık seviyesinin ebeveynlik tutumlarını ve aile ilişkileri üzerine etkisi ortaya koyan çalışmalar kısıtlıydı.

Çalışmamızda babalık uyumunu çocuk sayısı ve yaş ile ilişkisine bakıldığında anlamlı ilişki saptamadık. Ancak bireylerde kumar bağımlılık derecesi arttıkça babalık uyumu bozulmuş, NVS skoru arttıkça babalık uyumu artmıştı. Kontrol grubuna bakıldığında babalık ve aile uyumu yine yaş ve çocukla ilişkili bulunmamış ,NVS skorundaki artış babalık ve aile uyumundaki artış ile korelasyon göstermişti. DSM-V kumar bağımlılığı tanı kriterlerinde de kumarın aile içi ilişkileri ve bireyin hayatında önemli bir kişinin kaybının yaşadığı yer almaktadır (3).

Sağlık okuryazarlığındaki artış kişinin yaşam kalitesinde artışla doğrudan ilişkilidir (103). Çalışmamız göstermektedir ki kişinin sağlık okuryazarlık düzeyindeki artış aile içi ilişkilerinde düzelmeye neden olmakta, ebeveynler otoriter ve baskıcı ebeveyn tutumundan demokratik ebeveyn tutumuna yönelmektedir. Tüm bu sonuçlar sağlık okuryazarlığının ailenin ve toplumun refah seviyesinde artışa neden olduğu

savını destekler niteliktedir (104). Literatürü taradığımızda sağlık okuryazarlık düzeyinin aile ilişkilerini ne ölçüde etkilediğini ortaya koyan çalışmalar kısıtlıydı.



6. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Bu araştırmanın en önemli kısıtlılığı; hasta sayısının görece az olmasıdır. Ayrıca hasta grubu davranışsal bağımlılık polikliniğine kendi isteği ile tedavi için başvuran hastalardan oluşmaktadır. Tedavi başvurusu olmayan KOB tanılı hastaların tespit edilmesi ve onlarla daha geniş kapsamlı araştırmaların yapılmasına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamız erkek, sadece evli veya boşanmış bireyleri içermektedir. Sağlık okuryazarlık düzeyi açısından toplumun genelini yansıtmamaktadır.

Çalışmamız yüz yüze görüşme tekniği ile yapılmış olup katılımcıların bazı konularda yanlı cevap vermiş olma ihtimali mevcuttur.

7. SONUÇ

Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Görükle ek binası Psikiyatri Hastanesi davranışsal bağımlılık polikliniğine başvuran erkek danışanlar ile yapılan, kumar oynama bozukluğu olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin aile ilişkileri ve ebeveynlik tutumu üzerine etkisini incelediğimiz bu çalışmamızda, sağlık okuryazarlık düzeyi kumar oynama bozukluğu olan bireylerde daha düşük bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığının artırılması kumar oynama gibi riskli davranışları azaltırken, kumar oynayan bireylerde tedavi amacıyla yardım alma ve bu yardıma erişebilmede kolaylık sağlayacağı ön görülmektedir. Kumar sorunu aile işlev bozukluğuna sebep olarak görülmekle birlikte ailedeki sosyal zayıflıklar kumar bağımlılığında kolaylaştırıcı faktör olarak düşünülebilir, bu açıdan kumar sorunu ve aile işlev bozukluğunun kronolojik sırasını tahmin etmek zordur.

Kumar oynama bozukluğu olan vakalarda SOKTT skoru artarken anne babalık duygusal uyumunda ve aile ilişkilerinde azalma gözlemlenmiştir. Kumar oynama sorunu ile aile ve çocukları ihmal etme, aile ilişkilerinin bozulması üzerine çalışmalar kısıtlıdır. Yaptığımız bu çalışma artan farkındalık ile kumar oynama sorunu olan bireyleri yardım aramaya teşvik edebilir.

Her iki grupta da sağlık okuryazarlık düzeyi azaldıkça aile ilişkileri ve anne babalık duygusal uyumu azalmaktadır. Bu da göstermektedir ki ebeveynlerde sağlık okuryazarlığındaki düşüş aile ilişkilerini ve çocuklara karşı tutumları olumsuz etkilemektedir. Aile özelinde toplumun huzuru, ilişkilerin güçlendirilmesi, ebeveyn farkındalığının oluşması, sağlık harcamalarının azaltılması ve maddi kaynakların doğru kullanımı gibi birçok faktörde iyileşme sağlayabilecek bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Aile hekimliği disiplin ilkeleri içerisinde yer alan 'bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi merkezli bakım' ve 'sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal boyutlarıyla ele alma' ilkeleri doğrultusunda değerlendirildiğinde aile hekimlikleri toplum ruh sağlığı açısından değerli bir yere sahiptir. Aile sağlığı merkezlerine ulaşabilirliğin kolay olması düzenli, uzun süreli takip gerektiren kumarla ilgili sorunları tespit etmek için uygun yer olabilir. Hem sağlık okuryazarlığını arttırmaya yönelik girişimler geliştirmek hem de kumar sorunları için tarama önlemleri ve müdahale stratejileri geliştirmek adına aile hekimlerine görev düşmektedir.

8. KAYNAKLAR

1. Pichot P. [DSM-III: the 3d edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders from the American Psychiatric Association]. Rev Neurol Paris. 1986;142(5):489-99.
2. Bell CC. DSM-IV: diagnostic and statistical manual of mental disorders. Jama. 1994;272(10):828-9.
3. Saunders JB. Substance use and addictive disorders in DSM-5 and ICD 10 and the draft ICD 11. Curr Opin Psychiatry. 2017;30(4):227-37.
4. Ogel K. Sigara, alkol ve madde kullanım bozukluklari: Tani, tedavi ve onleme [Smoking, alcohol and substance use disorders: Diagnosis, treatment and prevention]. Istanbul Turk Yeniden Yayinlari. 2010;
5. Calado F, Griffiths MD. Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000–2015). J Behav Addict. 2016;5(4):592-613.
6. ÇAKICI M, ÇAKICI E, KARAAZİZ M, BABAYİĞİT A. A review of problem and pathological gambling in North Cyprus. Kıbrıs Türk Psikiyatri Ve Psikol Derg. 2019;1(2):123-8.
7. Abbott MW. The changing epidemiology of gambling disorder and gambling-related harm: public health implications. Public Health. Temmuz 2020;184:41-5.
8. Mevlüt K. Ailede anne-baba tutumlarının çocuğun kişilik ve benlik gelişimindeki rolü. Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Derg. 1997;9(9):193-204.
9. Craig L, Churchill B. Parenting stress and the use of formal and informal child care: Associations for fathers and mothers. J Fam Issues. 2018;39(12):3203-24.
10. Ip PK. Harmony as happiness? Social harmony in two Chinese societies. Soc Indic Res. 2014;117:719-41.
11. National Academies of Sciences E, Medicine, Division of B, Social S, Education, Board on Children Y, vd. İçinde: Breiner H, Ford M, Gadsden VL, editörler. Parenting Matters: Supporting Parents of Children Ages 0-8. Washington (DC):

National Academies Press (US) Copyright 2016 by the National Academy of Sciences. All rights reserved.; 2016.

12. Abel H, Gingles R. Development of scales to measure parental attitudes and behavior: A progress report. *Fam Life Coord.* 1966;15(4):127-31.
13. Baumrind D. Patterns of parental authority and adolescent autonomy. *New Dir Child Adolesc Dev.* 2005;2005(108):61-9.
14. Demir EK, Şendil G. Ebeveyn tutum ölçeği (ETÖ). *Türk Psikol Yazıları.* 2008;11(21):15-25.
15. Power TG. Parenting dimensions and styles: a brief history and recommendations for future research. *Child Obes.* 2013;9(s1):S-14-S-21.
16. Lamborn SD, Mounts NS, Steinberg L, Dornbusch SM. Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Dev.* 1991;62(5):1049-65.
17. Yılmaz A. Anne-baba tutum ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Çocuk Ve Genç Ruh Sağlığı Derg.* 2000;7(3):160-72.
18. Schaefer ES, Bell RQ. Development of a parental attitude research instrument. *Child Dev.* 1958;339-61.
19. Le Compte G, LeCompte A, Özer S. Üç sosyoekonomik düzeyde Ankaralı annelerin çocuk yetiştirme tutumları: Bir ölçek uyarlaması. *Psikol Derg.* 1978;1(1):5-9.
20. Kuzgun Y. Ana-baba tutumlarının bireyin kendini gerçekleştirme düzeyine etkisi. *Yayın Doktora Tezi Hacet Üniversitesi Sosyal Bilim Enstitüsü Ank.* 1972;
21. Sümer N, Güngör D. Çocuk yetiştirme stillerinin bağlanma stilleri, benlik değerlendirmeleri ve yakın ilişkiler üzerindeki etkisi. *Türk Psikol Derg.* 1999;14(44):35-58.
22. Rohner RP, Khaleque A. Parental acceptance-rejection questionnaire (PARQ): Test manual. *Handb Study Parent Accept Rejection.* 2005;4:43-106.

23. Varan A, Rohner RP, Eryuksel G. Intimate partner acceptance, parental acceptance in childhood, and psychological adjustment among Turkish adults in ongoing attachment relationships. *Cross-Cult Res.* 2008;42(1):46-56.
24. Sanders MR, Morawska A, Haslam DM, Filus A, Fletcher R. Parenting and Family Adjustment Scales (PAFAS): validation of a brief parent-report measure for use in assessment of parenting skills and family relationships. *Child Psychiatry Hum Dev.* Haziran 2014;45(3):255-72.
25. Güller B, Guvenir T, Buran BS, Aydemir Ö, Varol F, Özbek A, vd. Psychometric properties of Parenting and Family Adjustment Scale (PAFAS) in a Turkish sample with parents of 2-12 years old children from both community and clinical sample (tur). *J Clin Psy.* 2020;23(4):464-75.
26. Ratzan SC. Health literacy: communication for the public good. *Health Promot Int.* Haziran 2001;16(2):207-14.
27. 2021;
28. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, vd. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 25 Ocak 2012;12:80.
29. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 01 Eylül 2000;15(3):259-67.
30. Ceylan O. Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde kullanılan Türkçe ölçekler. *Turk Health Lit J.* 2020;1(2):114-20.
31. Weiss BD. Health literacy and patient safety: Help patients understand. *Manual for clinicians.* American Medical Association Foundation; 2007.
32. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, vd. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health.* 2015;25(6):1053-8.

33. Tanrıöver MN, Yıldırım HH, Ready ND, Çakır B, Akalın HE. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası Yayınları. 2014;
34. T.C Stratejik Plan 2013-2017 [İnternet]. Erişim adresi: <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/455>
35. ABACIGİL F, BEŞER E, BARAN DENİZ E, Erata M, HARLAK H, Karakaya K, vd. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. 2016;
36. YILMAZ M, Tiraki Z. Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür? Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşire Fakültesi Elektronik Derg. 2016;9(4):142-7.
37. Akgün Ş, Tokur Kesgin M, Hançer Tok H. The correlation between health literacy and mental health literacy in Turkish Society. *Perspect Psychiatr Care*. 2022;58(4):2950-61.
38. Sultan AA, Ozturk FO. Health literacy levels of women and related factors in Turkey. *J Nurs Res*. 2021;29(6):e180.
39. Guler DS, Sahin S, Ozdemir K, Unsal A, Uslu Yuvacı H. Health literacy and knowledge of antenatal care among pregnant women. *Health Soc Care Community*. 2021;29(6):1815-23.
40. Uwiduhaye MA, Niyonsenga J, Muhayisa A, Mutabaruka J. Gambling, family dysfunction and psychological disorders: a cross-sectional study. *J Gambl Stud*. 2021;37:1127-37.
41. Cunha D, Relvas AP. Pathological gambling and couple: Towards an integrative systemic model. *J Gambl Stud*. 2014;30:213-28.
42. Lesieur HR. *The Chase: the career of the compulsive gambler* (Rochester, VT, Schenkman). 1984;
43. Kalischuk RG, Nowatzki N, Cardwell K, Klein K, Solowoniuk J. Problem gambling and its impact on families: A literature review. *Int Gambl Stud*. 2006;6(1):31-60.

44. Shaffer HJ, Stein SA, Gambino BE, Cummings TN. Compulsive gambling: Theory, research, and practice. Lexington Books/DC Heath and Com; 1989.
45. Darbyshire P, Oster C, Carrig H. The experience of pervasive loss: Children and young people living in a family where parental gambling is a problem. *J Gambl Stud.* 2001;17:23-45.
46. Lorenz VC, Yaffee RA. Pathological gambling: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the gambler. *J Gambl Behav.* 1986;2(1):40-9.
47. Dowling NA, Ewin C, Youssef GJ, Merkouris SS, Suomi A, Thomas SA, vd. Problem gambling and family violence: Findings from a population-representative study. *J Behav Addict.* 2018;7(3):806-13.
48. Oflu AT. Annelerin Sağlık Okuryazarlığı ve Erken Ebeveynlik Uygulamalarının Erken Çocukluk Gelişimi İle İlişkisi. 2022;
49. SevilÇınar A HandanBoztepe. Çocuk Sağlığı ve Sağlık Okuryazarlığı. *ET J.* 2018;14(2):25-39.
50. Fong H fai, Rothman EF, Garner A, Ghazarian SR, Morley DS, Singerman A, vd. Association between health literacy and parental self-efficacy among parents of newborn children. *J Pediatr.* 2018;202:265-71.
51. Cheng ER, Bauer NS, Downs SM, Sanders LM. Parent health literacy, depression, and risk for pediatric injury. *Pediatrics.* 2016;138(1).
52. Odlaug B, Gual A, DeCourcy J, Perry R, Pike J, Heron L, vd. Alcohol dependence, co-occurring conditions and attributable burden. *Alcohol Alcohol.* 2016;51(2):201-9.
53. Liu YB, Liu L, Li YF, Chen YL. Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12(8):9714-25.
54. Rolova G, Gavurova B, Petruzelka B. Exploring health literacy in individuals with alcohol addiction: a mixed methods clinical study. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(18):6728.

55. Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry*. Eylül 1987;144(9):1184-8.
56. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, vd. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med*. Aralık 2005;3(6):514-22.
57. Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Yetişkinler arasında sağlık okuryazarlığı: Türkiye’den bir araştırma. *Sağlık Eğitimi Araştırması*. 2010;25(3):464-77.
58. Griffiths M, Wardle H, Orford J, Sproston K, Erens B. Gambling, alcohol, consumption, cigarette smoking and health: Findings from the 2007 British Gambling Prevalence Survey. *Addict Res Theory*. 01 Ocak 2010;18(2):208-23.
59. Bondolfi G, Osiek C, Ferrero F. Prevalence estimates of pathological gambling in Switzerland. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;101(6):473-5.
60. Grant BF, Kaplan K, Shepard J, Moore T. National epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Natl Inst Alcohol Abuse Alcohol*. 2006;2001-2.
61. PAZARCIKI M, ALTINTOPRAK AE. Denetimli Serbestlik Tedbirine Tabi Kişilerde Sigara, Alkol Ve Patolojik Kumar Bağımlılığının Araştırılması. *Bağımlılık Derg*. 2020;21(3):190-200.
62. Gözde PINARCI. Üniversite Öğrencilerinde Kumar Oynama, Patolojik Kumar Bağımlılığı ve İlişkili Karakter Özellikleri [Yüksek Lisans Tezi]. 2014.
63. Banks G. The Productivity Commission’s gambling inquiry: 3 years on. 2002;
64. Cakici M. The prevalence and risk factors of gambling behavior in Turkish Republic of Northern Cyprus. *Anatol J PsychiatryAnadolu Psikiyatri Derg*. 2012;13(4).
65. Berna BAYDİL. Akdeniz ve Ege Bölgesi’nde Kumar Bağımlılığının Psikolojik Semptomlarla Olan İlişkinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı; 2019.
66. Lorenz VC, Shuttlesworth DE. The impact of pathological gambling on the spouse of the gambler. *J Community Psychol*. 1983;11(1):67-76.

67. Meyer C, Bischof A, Westram A, Jeske C, de Brito S, Glorius S, vd. The “Pathological Gambling and Epidemiology”(PAGE) study program: Design and fieldwork. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2015;24(1):11-31.
68. Castrén S, Basnet S, Pankakoski M, Ronkainen JE, Helakorpi S, Uutela A, vd. An analysis of problem gambling among the Finnish working-age population: A population survey. *BMC Public Health.* 2013;13(1):1-9.
69. Wood RT, Williams RJ. A comparative profile of the Internet gambler: Demographic characteristics, game-play patterns, and problem gambling status. *New Media Soc.* 2011;13(7):1123-41.
70. Abbott M. Gambling and gambling-related harm: recent World Health Organization initiatives. *Public Health.* 2020;184:56-9.
71. ÇOPURLAR KENDİR C, KARTAL M. What is Health Literacy? How to measure it? Why is it important? *Turk J Fam Med Prim Care.* 2016;10(1):40-5.
72. Loke YK, Hinz I, Wang X, Rowlands G, Scott D, Salter C. Impact of health literacy in patients with chronic musculoskeletal disease—systematic review. *PloS One.* 2012;7(7):e40210.
73. Nutbeam D. Building health literacy in Australia. *Med J Aust.* 2009;191(10):525.
74. Jordan S, Hoebel J. Health literacy of the adult population in Germany. Results of the GEDA study. *Gesundheitskompetenz Von Erwachsenen Dtschl-Ergeb Stud “Gesundheit Dtschl Aktuell”GEDA Bundesgesundheitsbl.* 2015;58:942-50.
75. Baccolini V, Rosso A, Di Paolo C, Isonne C, Salerno C, Migliara G, vd. What is the prevalence of low health literacy in european union member states? A systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2021;36:753-61.
76. Berberoğlu U, Öztürk O, İnci MB, Ekerbiçer HÇ. Bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 18-65 yaş grubu bireylerdeki sağlık okuryazarlığı durumunun değerlendirilmesi. *Sak Tıp Derg.* 2018;8(3):575-81.
77. TANRIÖVER MD, YILDIRIM HH, READY FND, ÇAKIR B, AKALIN HE. Sağlık okuryazarlığı araştırması. *Sağlık-Sen Yayın.* 2014;6:42-7.

78. Lincoln A, Paasche-Orlow MK, Cheng DM, Lloyd-Travaglini C, Caruso C, Saitz R, vd. Impact of health literacy on depressive symptoms and mental health-related: quality of life among adults with addiction. *J Gen Intern Med.* 2006;21(8):818-22.
79. Dermota P, Wang J, Dey M, Gmel G, Studer J, Mohler-Kuo M. Health literacy and substance use in young Swiss men. *Int J Public Health.* 2013;58:939-48.
80. Fredrickson D, Washington R, Pham N, Jackson T, Wiltshire J, Jecha L. Reading grade levels and health behaviors of parents at child clinics. *Kans Med J Kans Med Soc.* 1995;96(3):127-9.
81. Degan TJ, Kelly PJ, Robinson LD, Deane FP. Health literacy in substance use disorder treatment: A latent profile analysis. *J Subst Abuse Treat.* 2019;96:46-52.
82. Rolová G, Barták M, Rogalewicz V, Gavurová B. Health literacy in people undergoing treatment for alcohol abuse-A pilot study *Social Sciences in Health-Original article.*
83. Rolova G, Gavurova B, Petruzelka B. Health literacy, self-perceived health, and substance use behavior among young people with alcohol and substance use disorders. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(8):4337.
84. Roy A, Adinoff B, Roehrich L, Lamparski D, Custer R, Lorenz V, vd. Pathological gambling: a psychobiological study. *Arch Gen Psychiatry.* 1988;45(4):369-73.
85. McComb JL, Lee BK, Sprenkle DH. Conceptualizing and treating problem gambling as a family issue. *J Marital Fam Ther.* 2009;35(4):415-31.
86. Abbott MW. Problem and non-problem gamblers in New Zealand: A report on phase two of the 1999 national prevalence survey. Department of Internal Affairs Wellington; 2001.
87. Grant JE, Kim SW. Demographic and clinical features of 131 adult pathological gamblers. *J Clin Psychiatry.* 2001;62(12):957-62.
88. Petry NM, Steinberg KL. Childhood maltreatment in male and female treatment-seeking pathological gamblers. *Psychol Addict Behav.* 2005;19(2):226.

89. Fernández MG, Rincón PJ, Álvarez AMD. Relaciones de pareja y juego patológico: un estudio descriptivo a través de la Escala de Ajuste Diádico (DAS). *Apunt Psicol.* 2002;20(1):33-48.
90. Lee BK. Congruence couple therapy for pathological gambling. *Int J Ment Health Addict.* 2009;7:45-67.
91. Hogan D. The social and psychological needs of children of drug users. *Dublin Child Res Cent Trinity Coll.* 1997;
92. Jacobs DF, Marston AR, Singer RD, Widaman K, Little T, Veizades J. Children of problem gamblers. *J Gambl Behav.* 1989;5:261-8.
93. Lesieur HR, Rothschild J. Children of gamblers anonymous members. *J Gambl Behav.* 1989;5(4):269-81.
94. Lorenz VC, Yaffee RA. Pathological gambling: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse. *J Gambl Behav.* 1988;4:13-26.
95. Iusitini L, Gao W, Sundborn G, Paterson J. Parenting practices among fathers of a cohort of pacific infants in New Zealand. *J Cross-Cult Psychol.* 2011;42(1):39-55.
96. Kaya A, Bozaslan H, Gülten G. Üniversite Öğrencilerinin Anne-Baba Tutumlarının Problem Çözme Becerilerine, Sosyal Kaygı Düzeylerine ve Akademik Başarılarına Etkisi. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Derg.* 2012;(18):208-25.
97. Aral N, Aysu B, Aydoğdu F, Gürsoy F. Annelerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin İncelenmesi: Çocuk Gelişimci Perspektifi ile Disiplinlerarası Bir Çalışma. *Gevher Nesibe J Med Health Sci.* 2021;6(14):35-44.
98. Liechty JM, Saltzman JA, Musaad SM, Team TSK. Health literacy and parent attitudes about weight control for children. *Appetite.* 2015;91:200-8.
99. DeWalt DA, Hink A. Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. *Pediatrics.* 2009;124(Supplement_3):S265-74.

100. Ono S, Ogi H, Ogawa M, Nakamura D, Nakamura T, Izawa KP. Relationship between parents' health literacy and children's sleep problems in Japan. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1-7.
101. Demirköse H, Yapar D, Özkan S. 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ve çocukların ev kazası geğirme durumu ile ilişkisi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Derg*. 2021;31(2):74-82.
102. Ertuęrul B, ALBAYRAK S. Ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin çocukluk dönemi aşılarına yönelik tutum ve davranışlarıyla ilişkisi. *Hacet Üniversitesi Hemşire Fakóltesi Derg*. 2021;8(2):186-95.
103. Jafari A, Nejatian M, Momeniyan V, Barsalani FR, Tehrani H. Mental health literacy and quality of life in Iran: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2021;21:1-11.
104. Angner E, Miller MJ, Ray MN, Saag KG, Allison JJ. Health literacy and happiness: A community-based study. *Soc Indic Res*. 2010;95:325-38.