

T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
EĞİTİM BİLİMLERİ ANA BİLİM DALI
REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK BİLİM DALI

KUMAR BAĞIMLILIĞINDA TANILAR ÜSTÜ FAKTÖRLER: DUYGU
DÜZENLEME VE BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK

Yüksek Lisans Tezi

FURKAN RÜŞEN

AMASYA

Ocak – 2026

T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
EĞİTİM BİLİMLERİ ANA BİLİM DALI
REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK BİLİM DALI

**KUMAR BAĞIMLILIĞINDA TANILAR ÜSTÜ FAKTÖRLER: DUYGU
DÜZENLEME VE BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK**

Hazırlayan
Furkan RÜŞEN

Tez Danışmanı
Dr. Öğretim Üyesi Nihan OSMANAĞAOĞLU

AMASYA – 2026

TEZ ONAY SAYFASI

Furkan RÜŞEN tarafından hazırlanan “Kumar Bağımlılığında Tanılar Üstü Faktörler: Duygu Düzenleme ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük” başlıklı çalışma aşağıdaki jüri tarafından 26/12/2025 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oy birliği ile Amasya Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri

İmza

Danışman	: Dr. Öğretim Üyesi Nihan OSMANAĞAOĞLU	
Üye	: Doç. Dr. Hande ÇELİKAY SÖYLER	
Üye	: Dr. Öğr. Üyesi Semih KAYNAK	

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım. .../.../.....

.....

Doç. Dr. Hadi BELGE

Sosyal Bilimler Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN SAYFASI

Tezimin içerdiki yenilik ve sonuçları başka bir yerden almadığımı ve bu tezi Amasya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünden başka bir bilim kuruluşuna akademik gaye ve unvan almak amacıyla vermediğimi; tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada kullanılan her türlü kaynağa eksiksiz atıf yapıldığını, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksinin ortaya çıkması durumunda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

26/12/2025

Furkan RÜŞEN

İmza

ÖZET

KUMAR BAĞIMLILIĞINDA TANILAR ÜSTÜ FAKTÖRLER: DUYGU DÜZENLEME VE BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK

Furkan RÜŞEN

Amasya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans, Aralık/2025

Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Nihan OSMANAĞAOĞLU

Bu çalışmanın amacı, 18-32 yaş arası genç yetişkinlerde kumar oynama bozukluğu (KOB) riskinin yaygınlığını, ilişkili demografik özellikleri ve oynanan kumar türlerini saptamak; ayrıca KOB riskini, tanılar üstü (transdiagnostik) bir yaklaşımla duygu düzenleme güçlüğü ve belirsizliğe tahammülsüzlük değişkenleri ile ilişkisi bağlamında incelemektir. Araştırmada karma örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Toplum temelli bir kesite ulaşmak için kartopu örnekleme (n=475), KOB açısından yüksek riskli bireylere odaklanmak için ise amaçlı örnekleme (n=60) yöntemlerinden yararlanılmıştır. Katılımcılara Demografik Bilgi Formu, Kumar Risk Tarama Ölçeği (KURT), Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16) ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği-12 (BTÖ-12) uygulanmıştır. Verilerin analizinde betimsel istatistikler, korelasyon analizleri, bağımsız gruplar t-testi ve eşleştirilmiş vaka-kontrol karşılaştırmaları kullanılmıştır. Bulgular, tüm örnekleme KOB açısından yüksek risk oranının %10.3 olduğunu göstermiştir. Bu oran, toplum örnekleme niteliğindeki kartopu grubunda %3.6, yüksek riskli bireylere özel olarak oluşturulan amaçlı örnekleme ise %63.3 olarak bulunmuştur. Yüksek risk grubundaki bireyler en sık casino oyunları (%76.4) ve internet spor bahislerini (%74.5) oynarken; risk taşımayan grupta ise hisse/forex (%14.1) ve kazı-kazan (%11.5) gibi düşük frekanslı oyunlar ön planda olmuştur. Yüksek risk grubundaki bireylerin %94.5'i en az iki farklı kumar türü oynadığını belirtmiş ve oynanan kumar türü sayısı arttıkça duygu düzenleme güçlüğü ($r=.813$) ve belirsizliğe tahammülsüzlük ($r=.501$) düzeylerinin de arttığı görülmüştür. Demografik analizler, KOB riski ile erkek cinsiyet, daha ileri yaş (genç yetişkinler içinde), daha yüksek kişisel ve aile geliri ile daha düşük baba eğitim düzeyi arasında anlamlı ilişkiler olduğunu ortaya koymuştur. Tanılar üstü değişkenlerle ilgili bulgular, KOB riski ile duygu düzenleme güçlüğü ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki pozitif ilişkilerin, klinik riski yüksek amaçlı örnekleme daha güçlü ve kapsamlı (tüm alt boyutlarda) olduğunu; toplum örnekleme olan kartopu grubunda

ise sadece "dürtü kontrolü" ve "duyguları kabul etmeme" boyutlarıyla sınırlı kaldığını göstermiştir. Eşleştirilmiş vaka-kontrol analizi sonuçları, KOB açısından yüksek risk taşıyan bireylerin, risk taşımayan bireylere kıyasla hem duygu düzenleme gücüğü hem de belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin anlamlı derecede daha yüksek olduğunu doğrulamıştır. En büyük etki büyüklükleri duygu düzenlemede "dürtü" alt boyutunda ve belirsizliğe tahammülsüzlükte ise "engelleyci" (davranışı durduramama) alt boyutunda gözlemlenmiştir. Sonuç olarak, bu çalışma genç yetişkinlerde KOB'un önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu ve patolojik kumar profili ile rekreasyonel kumar profili arasında (oynanan tür çeşitliliğı ve türleri açısından) belirgin bir ayrım bulunduğunu ortaya koymuştur. Bulgular, KOB'un altında yatan temel psikolojik mekanizmalar olarak duygu düzenleme güçlükleri (özellikle dürtüsellik) ve belirsizlik karşısında ortaya çıkan işlevsiz başa çıkma tepkilerinin (dürtüsel eyleme geçme) önemine işaret etmektedir. Bu bulgular, KOB'un önlenmesi ve tedavisine yönelik müdahalelerin, sadece davranışı hedeflemek yerine, bu tanılar üstü psikolojik süreçlere odaklanan bütüncül ve süreç temelli yaklaşımları benimsemesi gerektiğı görüşünü desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: kumar oynama bozukluğu, genç yetişkinler, duygu düzenleme, belirsizliğe tahammülsüzlük, tanılar üstü yaklaşım, epidemiyoloji.

ABSTRACT

TRANSDIAGNOSTIC FACTORS IN GAMBLING ADDICTION: EMOTION REGULATION AND INTOLERANCE OF UNCERTAINTY

Furkan RÜŞEN

Amasya University, Institute of Social Science

Department of Educational Sciences, M.Sc., December/2025

Supervisor: Dr. Öğretim Üyesi Nihan OSMANAĞAOĞLU

This study aimed to determine the prevalence of gambling disorder (GD) risk, associated demographic characteristics, and types of games played among young adults aged 18-32. Furthermore, it sought to examine GD risk within the context of its relationship with transdiagnostic factors, namely emotion dysregulation and intolerance of uncertainty. A mixed sampling method was employed. Snowball sampling (n=475) was used to reach a community-based group, while purposive sampling (n=60) was utilized to focus on individuals at high risk for GD. Participants completed a Demographic Information Form, the Gambling Risk Screening Scale (GRSS), the Difficulties in Emotion Regulation Scale-Short Form (DERS-16), and the Intolerance of Uncertainty Scale-12 (IUS-12). Data analysis involved descriptive statistics, correlation analyses, independent samples t-tests, and matched case-control comparisons. Findings revealed that the high-risk rate for GD in the entire sample was 10.3%. This rate was 3.6% in the snowball group, representing a community sample, and 63.3% in the purposive sample specifically formed for high-risk individuals. Individuals in the high-risk group most frequently played casino games (76.4%) and online sports bets (74.5%), while low-frequency games such as stocks/forex (14.1%) and scratch cards (11.5%) were predominant in the no-risk group. 94.5% of individuals in the high-risk group reported playing at least two different types of gambling games, and as the number of game types played increased, levels of emotion dysregulation ($r=.813$) and intolerance of uncertainty ($r=.501$) also increased. Demographic analyses indicated significant relationships between GD risk and male gender, older age (within the young adult range), higher personal and family income, and lower paternal education level. Findings concerning transdiagnostic variables showed that the positive relationships between GD risk, emotion dysregulation, and intolerance of uncertainty were stronger and more comprehensive (across all subscales) in the high-risk clinical (purposive) sample. In the community (snowball) sample, these relationships were limited only to the "impulse control" and "non-acceptance of emotions"

subscales of emotion dysregulation. Matched case-control analysis results confirmed that individuals at high risk for GD had significantly higher levels of both emotion dysregulation and intolerance of uncertainty compared to individuals with no risk. The largest effect sizes were observed for the "impulsivity" subscale of emotion dysregulation and the "inhibitory" (inability to stop behavior) subscale of intolerance of uncertainty. In conclusion, this study demonstrates that GD is a significant public health issue among young adults and reveals a clear distinction between pathological and recreational gambling profiles in terms of the diversity and types of games played. The findings point to the significance of emotion dysregulation (particularly impulsivity) and dysfunctional coping responses to uncertainty (impulsive action) as underlying psychological mechanisms of GD. These results support the notion that interventions for the prevention and treatment of GD should adopt holistic, process-based approaches focusing on these transdiagnostic psychological processes, rather than targeting the behavior alone.

Keywords: Gambling disorder, young adults, emotion regulation, intolerance of uncertainty, transdiagnostic approach, epidemiology.

ÖNSÖZ

Hayatın bazen uzun ve engebeli olan yolunda attığım her adımda, ailemin arkamda durduğunu hissetmek benim için en büyük güç kaynağı oldu. Her koşulda yanımda olan aileme duyduğum minneti kelimelere dökmek kolay değil. Babam Mustafa RÜŞEN, annem Nurten RÜŞEN ve kardeşim Okan RÜŞEN gerek kişisel gelişimimde gerekse akademik yolculuğumda bana her zaman cesaret, güç ve ilham verdiler. Onların koşulsuz sevgisi, güveni ve desteği sayesinde karşılaştığım her zorluğa direnebildim ve yaşadığım her engeli bir öğrenme fırsatına dönüştürebildim. Babam Mustafa RÜŞEN, annem Nurten RÜŞEN ve kardeşim Okan RÜŞEN ... Sizlerin evladı ve kardeşi olmak, bu hayattaki en büyük şansım ve en büyük onurumdur. Varlığınız, sevginiz, sabrınız ve daima yanımda olmanız için sonsuz bir minnet, sevgi ve gurur duyuyorum. İyi ki varsınız.

Danışman hocam Dr. Nihan OSMANAĞAOĞLU'na da özel teşekkürlerimi iletmek isterim. Bana psikolojiye farklı bir perspektiften bakmayı öğretti, eleştirel düşünme becerilerimi geliştirdi ve akademik yazım sürecinde sürekli rehberlik ederek yanımda oldu. Onun sabrı, bilgi birikimi ve yönlendirmeleri olmasa, bu tez muhtemelen hâlâ “taslak” aşamasında olurdu! Hocam, emeğiniz ve bana kattığınız değerli bilgiler için minnettarım. Sizi yalnızca bir danışman olarak değil, aynı zamanda bir arkadaş ve güvenilir bir yol gösterici olarak gördüm. Sizinle çalışmak bu süreci hem anlamlı hem de keyifli kıldı. Teşekkürler hocam; iyi ki varsınız ve iyi ki bu yolculuğu sizinle paylaştım.

Bu süreçte katkılarını esirgemeyen Amasya Üniversitesi'ne, değerli hocalarıma ve yüksek lisans sürecinde yanımda olan sınıf arkadaşlarıma ve dostlarıma teşekkür ederim; paylaştığınız bilgi, destek ve arkadaşlık, bu süreci çok daha değerli ve anlamlı hâle getirdi.

Son olarak, araştırma süresince emeği geçen tüm katılımcılara ve her aşamada yanımda olan herkese içten teşekkürlerimi sunarım. Sizlerin katkısı, bu çalışmanın temelini oluşturdu ve akademik yolculuğumu unutulmaz kıldı.

Furkan RÜŞEN

26/12/2025

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN SAYFASI	i
ÖZET	ii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xii

I.BÖLÜM

1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	4
1.2. Araştırmanın Önemi	6
1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	9
1.4. Araştırmanın Varsayımları.....	10

II. BÖLÜM

2. KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....	11
2.1. Tanı Odaklı Yaklaşım	11
2.1.1. Kumar Oynama Bozukluğu Tanı Kriterleri	19
2.1.2. Kumar Oynama Bozukluğunun Epidemiyolojisi.....	23
2.1.3. Kumar Oynama Bozukluğunun Etiyolojisi.....	26
2.2. Tanılar Üstü Yaklaşım	31
2.2.1. Belirsizliğe Tahammülsüzlük	35
2.2.2. Duygu Düzenleme	37
2.3. İlgili Araştırmalar.....	42
2.3.1. Kumar Oynama Bozukluğu ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Araştırmaları.....	42

2.3.2. Kumar Oynama Bozukluğu ve Duygu Düzenleme Araştırmaları	44
--	----

III. BÖLÜM

3. YÖNTEM.....	47
3.1. Araştırma Modeli	47
3.2. Örneklem.....	47
3.3. Veri Toplama Araçları	52
3.3.1. Demografik Bilgi Formu.....	52
3.3.2. Kumar Risk Tarama Ölçeği (KURT).....	52
3.3.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16)	53
3.3.4. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ-12).....	53
3.4. Verilerin Analizi.....	54

IV.BÖLÜM

4. BULGULAR.....	57
4.1. Analiz Öncesi Ön İnceleme.....	57
4.2. Kumar Oynama Bozukluğu ile İlgili Risk Altında Olan Bireylerin Oranı .58	
4.3. Kumar Oynama Bozukluğu ile İlgili Risk Altında Olan ve Olmayan Bireylerin Oynadığı Kumar Çeşitleri.....	59
4.4. Kumar Oynama Bozukluğu Risk Düzeylerinin Demografik Değişkenlerle İlişkisi ve Farklılıkları.....	62
4.5. Kumar Oynama Bozukluğu, Duygu Düzenleme ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Değişkenleri Arasındaki Korelasyonel İlişkiler	66
4.6. Kumar Oynama Bozukluğu ile İlgili Yüksek Risk Taşıyan ve Hiçbir Risk Taşımayan Bireyler Arası Farklar.....	69

V.BÖLÜM

5. TARTIŞMA	73
5.1. Kumar Oynama Bozukluğuna İlişkin Epidemiyolojik Bulgulara İlişkin Tartışma.....	73

5.2. Kumar Oynama Bozukluğuna İlişkin Demografik Bulgulara Yönelik Tartışma.....	79
5.3. Kumar Oynama Bozukluğu, Duygu Düzenleme ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Arasındaki Korelasyonel Bulgulara İlişkin Tartışma.....	82
5.4. Kumar Oynama Bozukluğu Açısından Yüksek Risk Taşıyan Bireylerle Herhangi Bir Risk Taşımayan Bireylerin Karşılaştırma Bulgularına İlişkin Tartışma.....	86
VI. BÖLÜM	
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	89
6.1. Sonuçlar.....	89
6.2. Öneriler.....	92
6.2.1. Araştırmacılara Sunulan Öneriler	93
6.2.2. Psikolojik Destek Sağlayan Meslek Elemanlarına Sunulan Öneriler ..	95
6.2.3. Toplum Sağlığı ve Kamusal Politika Önerileri.....	96
KAYNAKÇA.....	98
EKLER	121
Ek 1. Çalışmada Kullanılan Demografik Bilgi Formu ve Örnek Ölçek Maddeleri	122
Ek 1.1. Demografik Bilgi Formu.....	122
Ek 1.2. Kumar Risk Tarama Ölçeği Örnek Maddeleri	123
Ek 1.3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (Kısa Form) Örnek Maddeleri..	124
Ek 1.4. Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği (Kısa Form) Örnek Maddeleri.	124
Ek 2. Araştırmaya Ait Etik Kurul Onayı.....	126
ÖZ GEÇMİŞ	127

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. DSM-5-TR’ye göre Kumar Oynama Bozukluğu Tanı Kriterleri (APA, 2022)	21
Tablo 2. ICD-11’e göre Kumar Oynama Bozukluğu Tanı Kriterleri (WHO, 2018)	22
Tablo 3. Araştırmada Kullanılan Örneklemelere Ait Bilgiler ve Demografik Özellikler	49
Tablo 4. Araştırmada İncelenen Değişkenlerin Normallik Testi Sonuçları.....	58
Tablo 5. Araştırmada İncelenen Değişkenlerin Çarpıklık-Basıklık Değerleri.....	58
Tablo 6. 18-32 Yaş Arası Bireylerde KOB Açısından Risk Oranları.....	60
Tablo 7. Kumar Oynama Bozukluğu Açısından Yüksek Risk Taşıyan Bireylere Ait Bilgiler ve Demografik Özellikler.....	64
Tablo 8. Kartopu Örneklemde Değişkenler Arası Korelasyonel İlişkiler.....	68
Tablo 9. Amaçlı Örneklemde Değişkenler Arası Korelasyonel İlişkiler	70
Tablo 10. Kumar Oynama Bozukluğu ile İlgili Yüksek Risk Taşıyan ve Hiçbir Risk Taşımayan Bireyler Arası Farklar.....	73

ŞEKİLLER DİZİNİ

Grafik 1. Kumar Oynama Bozukluğu Açısından Yüksek Risk Grubundaki Bireylerin Oynadıkları Kumar Çeşitleri.....	62
---	----



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

Kisaltmalar	Açıklama
APA	Amerika Psikoloji Derneği
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
ICD	Uluslararası Hastalık Sınıflandırması
M.Ö.	Milattan Önce
KOB	Kumar Oynama Bozukluğu
YEDAM	Yeşilay Danışmanlık Merkezi
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BT	Belirsizliğe Tahammülsüzlük
DD	Duygu Düzenleme
KURT	Kumar Risk Tarama Ölçeği
DDGÖ	Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği
BTÖ	Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği
ESPAD	Avrupa Okul Anketi
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
ACT	Kabul ve Adanmışlık Terapisi
EFT	Duygu Odaklı Terapi

I. BÖLÜM

1. GİRİŞ

Bağımlılık, bireyin tekrar eden ve karşılanmadığında olumsuz etkiler yaratabilecek derecede güçlü bir ihtiyaç hissetmesine yol açan zorlayıcı bir durumdur (Townsend, 2015). Bu zorlayıcı durum, bağımlı olunan maddenin artık ilk başta amaçlanan işlevini yitirmesi, maddeye karşı toleransın artması, kullanım miktarının sürekli olarak yükselmesi, bırakma ya da azaltma girişimlerinde yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması ve yol açtığı sorunlara rağmen kullanıma devam edilmesi gibi bir dizi özelliği içerir (Işık, 2009; Uluğ, 2007). Bağımlılık kavramı, yukarıdaki tanım ve açıklamalardan da anlaşılacağı üzere başlangıçta alkol ve uyuşturucu madde kullanımına ilişkin psikopatolojileri tanımlamak amacıyla kullanılmıştır. Ancak, araştırmacılar bazı davranışların, alkol ve uyuşturucu bağımlılığına benzer örüntüler sergilediğini ve bu tür davranışların, davranışsal bağımlılıklar olarak değerlendirilmesi gerektiğini öne süren bulgular elde etmişlerdir (Holden, 2001; Robbins ve Clark, 2015). Bu anlamda bağımlılık, madde ile ilişkili olan ve madde ile ilişkili olmayan bağımlılıklar olarak ele alınmaya başlanmıştır. Madde ile ilişkili olmayan bağımlılıklar arasında internet oyun oynama bozukluğu ve kumar oynama bozukluğu gibi durumlar yer almaktadır.

Kumar, birçok farklı kişi tarafından çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Örneğin, Doğan (2014), kumarı para veya değerli eşyaların karşılığında oynanan şans oyunu olarak ifade etmiştir. Çakıcı'ya (2019) göre kumar, kazanç sağlama amacıyla bir oyun, yarışma ya da olayın sonucuna para ya da değerli bir şeyin konulmasıdır. Ögel (2017) ise kumarı, kazanan ve kaybeden tarafların bulunduğu, risk temelli ve genellikle herhangi bir üretim olmaksızın servetin yeniden dağıtıldığı bir süreç olarak açıklamıştır. Frentzy ve Turner (2013) ise kumarın belirsizlik taşıyan bir sonuç üzerinden kazanç ihtimali amacıyla belirli bir şeyin (çoğunlukla para) riske atılması olarak tanımlanabileceğini vurgulamıştır. Bu açıklamalardan yola çıkarak kumar, sonucu itibarıyla kazanan ve kaybeden tarafların olduğu fakat tarafların hepsinin kazanç amacıyla para veya değerli olan bir şeyi ortaya koyarak oynanan ve sonucunun belirsiz olması itibarıyla kişide heyecan ve haz uyandıran, şansa dayalı ve risk içeren bir oyun olarak tanımlanabilir.

Kumar, modern dünya düzeninde yeni bir olgu gibi algılansa da kökeni insanlık tarihi kadar eskidir. Arkeolojik bulgular, kumarın antik dönemlere kadar uzandığını ve mağara duvarlarında kumar oyunlarına dair çizimlerin bulunduğunu göstermektedir. Tarih öncesi

dönemde insanların, hayvanlarla mücadele etmek için eşyalar üzerine bahis oynadıkları bilinmektedir (Çakıcı, 2019). Antik Çin’de ise şans oyunlarının izlerine taş ve fayanslar üzerindeki çizimlerde rastlanmıştır; bingo ve piyango gibi oyunların buradan Avrupa’ya yayıldığı öne sürülmüştür. M.Ö. 3500’lere uzanan Minos uygarlığında poker benzeri oyunların oynandığı, Çin Seddi’nin ardında şans oyunlarına ayrılmış özel alanların bulunduğu tahmin edilmektedir. Romalılarda da kumar, gündelik yaşamın bir parçası haline gelmiş; şöenlerde, hayvan dövüşlerinde ve çeşitli turnuvalarda yaygın olarak kullanılmıştır. Modern çağa yaklaşıldığında, 1400’lü yıllarda Bakarat gibi kart oyunlarının Fransa ve İtalya’da ortaya çıktığı kabul edilmektedir (Çakıcı, 2019). Yine 14. yüzyılda İngiliz kralı, kumarın ordunun gücünü zayıflatıldığını düşünerek yasaklamıştır. Tüm bunlar, geçmişte de insan toplulukları tarafından kumarın yaygın şekilde oynadığını göstermektedir.

Günümüze daha yakın zamanlar olarak değerlendirebileceğimiz 1990’ların sonunda kumar, teknolojinin de gelişip ilerlemesiyle öncelikle bilgisayarlardan ve akıllı telefonlarla birlikte cep telefonlardan da erişilebilir hale gelmiştir. Bu anlamda kumar oynama davranışı toplumun geniş kesimlerinde gözlemlenebilmekle birlikte, bu davranışlar her bireyde psikopatolojik bir sorun olarak değerlendirilmemektedir ki bu noktada, bireylerin kumar oynama biçimleri arasında belirgin farklılıklar bulunması da göz önünde bulundurulmaktadır. Eğlence amaçlı ve kontrol altında sürdürülen kumar oynama davranışı genellikle sosyal kumar oynama olarak tanımlanırken, bireyin gündelik hayattaki işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen ancak tanı kriterlerinin tamamını karşılamayan durumlar problemli kumar oynama olarak adlandırılmaktadır. Öte yandan, kumar oynama bozukluğu, kişinin tekrarlayıcı ve kontrolsüz bir şekilde kumar oynaması sonucu ciddi psiko-sosyal sorunlar yaşaması ile karakterize edilen ve tanı ölçütleriyle belirlenen bir psikolojik bozukluktur (Bayram ve ark., 2022).

Kumar oynama davranışı uzun yıllardan beri var olsa da bu davranışın psikolojik bir rahatsızlık olarak tanımlanmasının günümüze oldukça yakın bir zamanda gerçekleştiği söylenebilir. Bu noktada şuna özellikle değinmek gerekir ki kumar oynama davranışı hemen hemen herkeste görülebilmesine rağmen bu davranışın psikopatolojik olarak değerlendirilebilmesi için bazı kriterleri karşılaması gerekmektedir. Kumar oynama bozukluğu ile ilgili tanı kriterlerinin belirlenmesinde, Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatry Association [APA]) ve Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation [WHO]) gibi uluslararası alanda kabul görmüş öncü kuruluşlar yer almaktadır. Bu bağlamda, APA tarafından yayımlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Diagnostic

and Statistical Manual of Mental Health Disorders [DSM]) ile WHO tarafından hazırlanan Uluslararası İstatistiksel Hastalık Sınıflandırması ve İlgili Sağlık Sorunları (The International Classification of Diseases [ICD]) tanı sistemleri, alan yazında en temel başvuru kaynakları arasında yer almaktadır. Bu tanı kriterleri ve ilgili tartışmalar, tezin ilerleyen kısımlarına daha detaylı bir şekilde ele alınmaya çalışılmıştır.

Kumar oynama bozukluğu (KOB), bireysel düzeyde ciddi finansal kayıplara, aile içi çatışmalara, iş kaybına, suça eğilim ve intihar düşüncelerine yol açabilmekte; toplumsal düzeyde ise sağlık ve sosyal hizmet maliyetlerini artıran önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Fakat dünya çapında birçok devlet, sağlık üzerindeki olumsuz etkilerine rağmen bu sektörden elde edilen gelirler nedeniyle kumarı yasaklamamıştır (Faraji ve Dağ, 2022). Türkiye’de de kumar, 1980 yılına kadar yasalıdır; 1982-1991 yılları arasında ise yalnızca devletin denetimindeki bazı yerlerde kumar oynamaya yasal olarak izin verilmiştir. Günümüzde ise Milli Piyango İdaresi tarafından kontrol edilen kumar olarak değerlendirilen bazı oyunlar yine yasal olarak oynanabilmektedir (İncekara, 2021). Öte yandan, kumar davranışının geniş yelpazesi içerisinde sosyal kumar, problemlili kumar ve kumar oynama bozukluğu gibi kategorilerin görülme sıklıklarını kesin olarak belirlemek, tanısal ölçütlerdeki farklılıklar, damgalanma kaygısı ve gizli kalma eğilimi gibi nedenlerle güçlük arz etmektedir. Dünya çapında, problemlili ve/veya psikopatolojik olarak değerlendirilen kumar davranışlarıyla ilgili kriterlerin tartışmalı olması ve farklı sınıflandırma sistemlerinin kullanılması epidemiyolojik verilerin karşılaştırılmasını zorlaştırmaktadır. Özellikle Türkiye bağlamında, bu davranışların yaygınlığına ilişkin güncel ve kapsamlı epidemiyolojik verilerin ise oldukça sınırlı olduğu görülmektedir.

Kumar oynama davranışının sosyal bir eğlenceden klinik bir bozukluğa uzanan geniş bir yelpazede ele alınması, tek ve sabit bir "hastalık" tanımının ötesine geçmeyi gerektirir. DSM ve ICD gibi tanı sistemleri, klinik değerlendirme ve müdahale için önemli bir çerçeve sunmakla birlikte, bu kategorik yaklaşım, davranışın karmaşıklığını, bireyler arasındaki büyük farklılıkları ve neden-sonuç ilişkilerinin çok boyutluluğunu tam olarak yansıtmakta sınırlı kalabilmektedir. İşte bu noktada, kumar davranışını anlamak ve müdahale stratejileri geliştirmek için tanımlar üstü (transdiagnostik) bir yaklaşım giderek daha önemli hale gelmektedir. Tanımlar üstü yaklaşım, farklı tanı kategorilerinin altında yatan ortak psikolojik süreçlere odaklanan bir paradigmadır. Kumar oynama bozukluğu (KOB) özelinde bu, davranışın sadece bir dizi semptom kontrol listesi olarak değil, duygu düzenleme güçlükleri, dürtüsellik, bilişsel çarpıtmalar (örn., "kesin kazanacağım" inancı), kaçınma davranışı ve ödül

sistemindeki değişiklikler gibi temel mekanizmaların bir sonucu olarak görölmesi anlamına gelmektedir. Bu temel mekanizmalar içinde özellikle duygu düzenleme güçlükleri (DD) ve belirsizliğe tahammülsüzlük (BT), kumar davranışının başlangıcını ve sürdürölmesini anlamak için birbirini tamamlayan iki kritik eksen olarak dikkate değer görölmemektedir.

Belirsizliğe Tahammülsüzlük, en güncel tanımıyla, “bireyin içinde bulunduğu durumda algıladığı belirgin, temel veya yeterli bilgi eksikliğinin ya da yokluğunun tetiklediği arzu edilmeyen içsel duygu durumuna dayanma eğiliminin yetersizliğii” şeklinde tanımlanmaktadır (Carleton, 2016, s.31). BT düzeyi yüksek bireyler, belirsizliğe tahammöl etmekte güçlük çekebilmekte ve belirsizliği azaltmak amacıyla kesinlik arayışına girebilmektedirler. Tanımında da karşımıza çıkan en önemli nokta “...tetiklediği arzu edilmeyen içsel duygu durumuna dayanma eğiliminin yetersizliğii”, bireyde çeşitli içsel süreçleri yani çeşitli duyguları (kaygı, huzursuzluk, tedirginlik, çaresizlik) düzenleme kapasitesinin yetersizliğine işaret ediyor olabilir. Özü, belirsizlik ve risk üzerine kurulu kumarın doğası düşünölldüğünde her bir bahis, spin veya kart dağıtımı, sonucu önceden kesin olarak bilinemeyen bir olaya katılımdır. İşte tam da bu noktada, BT ile kumar davranışi arasında karmaşık bir ilişki ortaya çıkıyor olabileceği düşünölmemektedir. Paradoksal görünse de BT düzeyi yüksek bireyler belirsizlikten kaçınmak yerine, kumar gibi yapısal olarak belirsiz bir aktiviteye yönelebilirler. Bunun altında yatan temel mekanizma, kumarın, belirsizliğin yarattığı katlanılmaz duygusal gerilimi, yine belirsizlik içinden gelen "kontrollü" bir uyarıcıyla düzenleme çabası olabilir. Kumar anı, bireye iki uç noktayı (kesin kazanç veya kesin kayıp) vaat eden, ancak süreci tamamen belirsiz olan yapay bir ortam sunmaktadır. BT düzeyi yüksek bireyler, bu ortamda, zihinsel enerjisini "olasılık hesaplamaları", "şansını deneme" veya "sistemi yenme" gibi bilişsel stratejilere odaklayarak, aslında belirsizliğin yarattığı daha büyük ve dağınık kaygıyı, daha dar bir odağa hapsedebilir ve böylece onu geçici olarak yönetilebilir hale getirmeye çalışabilir. Bu bağlamda, tanılar üstü faktörler olarak kabul edilen BT ve DD, Kumar Oynama Bozukluğu kapsamında özellikle dikkate değer bulunmuştur.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu tez çalışmasının temel amacı, genç yetişkinlerde kumar bağımlılığı risk oranını, tercih edilen kumar türlerini ve demografik risk faktörlerini saptamaktır. Çalışmanın bir diğer amacı ise, kumar oynama bozukluğunun, tanılar üstü bir yaklaşımla, duygu düzenleme

güçlükleri ve belirsizliğe tahammülsüzlük gibi ortak psikolojik süreçlerle ilişkisini incelemektir.

Kumar oynama davranışı, bireylerin eğlence, risk alma veya ekonomik kazanç gibi çeşitli motivasyonlarla gerçekleştirdiği bir aktivitedir fakat kontrolsüz ve sürekli kumar oynama, zamanla bağımlılık geliştirme riski taşıyabilir. Özellikle genç yetişkinler sosyal çevre, kişisel eğilimler ve dijitalleşmenin etkisiyle kumara daha yatkın hale gelebilmektedir. Bu bağlamda da kumar oynama davranışı, bir bağımlılığa dönüşerek bireylerin psikolojik, sosyal ve ekonomik yaşamlarında olumsuz sonuçlara yol açabilen önemli bir halk sağlığı sorunu olabilmektedir. Bu nedenle, bu tez çalışması ilk olarak genç yetişkinlerde kumar bağımlılığı açısından yüksek risk taşıyan bireylerin oranını, oynanan kumar çeşitlerini ve demografik risk faktörlerini saptamayı amaçlamaktadır. Belirtilen bu amaç doğrultusunda, öncelikle aşağıdaki araştırma sorularına cevap aranmaktadır:

1. Genç yetişkinlerden oluşan bir örnekleme kumar oynama bozukluğu için yüksek risk taşıyanların oranı nedir?
2. Kumar oynama bozukluğu açısından yüksek risk taşıyan ve hiçbir risk taşımayan genç yetişkinler arasında oynanan kumar çeşitleri nelerdir?
3. Kumar oynama bozukluğu risk düzeyleri (yüksek risk ve hiçbir risk taşımayan), bazı demografik değişkenler (yaş, gelir vb.) açısından anlamlı farklılık göstermekte midir? Kumar oynama bozukluğu puanları ile bazı demografik değişkenler (cinsiyet, eğitim düzeyi vb.) arasında anlamlı ilişkiler bulunmakta mıdır?

Bu tez çalışmasının II. Bölümünde (Kuramsal Çerçeve ve İlgili Araştırmalar) detaylı bir şekilde aktarılan tanı ve sınıflandırma sistemlerinde yaygın olarak kullanılan kategorik yaklaşım, klinisyenlerin ortak bir dil kullanmasını sağlaması, hastalıkların araştırılmasını kolaylaştırması ve standart tedavi yöntemlerinin oluşturulmasına yardımcı olması gibi önemli faydalar sunmaktadır. Öte yandan Kumar Oynama Bozukluğu ile ilgili tanı kriterleri ile ilgili yıllar içinde süregelen tartışmalara bakıldığında kesin olmayan bu tanı sistemi, çeşitli eleştiriler bağlamında sürekli olarak güncellenmektedir. Fakat son yıllarda bu eleştiriler, tarihsel süreci içinde tipik olarak karşılaştığımız benzer eleştirilerden farklılaşmaya başlamıştır ki bu noktada eş tanı oranının yüksek olması, farklı bozukluklarla benzer etiyojilere sahip olabileceği gibi durumlar da tartışmalara dahil olmaya başlamıştır. Klinik ortamlarda karşılaşılan kişilerin tanı kategorilerine tam olarak uymaması, tanıların sayısının giderek artması ve bu durumun klinisyenler için işleri zorlaştırması gibi sorunlar, tanı yaklaşımının dezavantajları arasında sayılabilir (Watkins, 2015: 251; Harvey ve ark., 2004: 4).

Ayrıca, psikopatolojilerde sıklıkla birden fazla tanının aynı kişide görülmesi (eş tanı/komorbidite), tanı yaklaşımının bozuklukları tamamen birbirinden bağımsız ve farklı sorunlar olarak ele alma anlayışıyla örtüşmemektedir (Watkins, 2015: 251). Bu nedenlerden dolayı, son yıllarda alanyazında psikopatolojilerin farklı yönlerinden ziyade, ortak risk faktörlerine odaklanan tanılar üstü yaklaşımlar giderek daha fazla ilgi görmektedir (Barlow ve ark., 2004: 205-225; Harvey ve ark., 2004: 6-24; Barlow ve ark., 2014: 344-358).

Tanı yaklaşımına ve getirdiği sorunlara bir alternatif olarak son yıllarda ortaya çıkma başlayan ve bu tez çalışmasının yine II. Bölümünde (Kuramsal Çerçeve ve İlgili Araştırmalar) detaylı bir şekilde aktarılan tanılar üstü yaklaşım, psikolojik sorunlar ve psikopatolojilerin temelindeki ortak özellikleri tanımlamaya ve bu doğrultuda ortak müdahale yöntemleri geliştirmeye odaklanan bir yaklaşımdır (Barlow ve Carl, 2010). Psikopatoloji alanının gelecekteki yönelimlerinden biri olarak kabul edilen bu yaklaşım, "ne" sorusuna odaklanmak yerine, daha çok "nasıl" sorusuna yanıt arayarak, bozuklukların ardında yatan mekanizmaları ve bu mekanizmaların hangi özelliklerle etkileşime girdiğini anlamayı amaçlamaktadır. Son dönemde yapılan çalışmalar, geleneksel bozukluklara özgü yaklaşımların terk edilip, tanılar üstü yaklaşımların öne çıktığını göstermektedir. Bu bağlamda, bu tez çalışmasının bir diğer amacı da tanılar üstü olarak kabul edilen ve pek çok farklı tanıda da karşılaşılan bu faktörlerden iki tanesinin (duygu düzenleme ve belirsizliğe tahammülsüzlük), kumar oynama bozukluğuyla nasıl ilişkilendiğini incelemektir. Bu amaç doğrultusunda cevap aranan araştırma soruları ise aşağıdaki gibidir:

4. Kumar oynama bozukluğu, duygu düzenleme güçlükleri ve belirsizliğe tahammülsüzlük değişkenleri arasındaki korelasyonel ilişkiler nedir?
5. Kumar oynama bozukluğuyla ilgili yüksek risk taşıyan ve hiç risk taşımayan bireyler duygu düzenleme ve belirsizliğe tahammülsüzlük açısından farklılık göstermekte midir?

1.2. Araştırmanın Önemi

Kumar oynama bozukluğu (KOB), insanların hayatını önemli ölçüde etkileyen, maddi kayıplara, ailevi sorunlara ve psikolojik sıkıntılara yol açan önemli bir problemdir (Potenza ve ark., 2019). Özellikle genç yetişkinler gelişimsel açıdan sosyal etkileşimleri, dijital erişim kolaylığı ve risk alma eğilimleri nedeniyle kumar oynama bozukluğu açısından yüksek riskli bir grup olabilmektedir. Fakat ülkemizde bu yaş grubuna yönelik epidemiyolojik verilerin yetersizliği, sorunun boyutlarını anlamayı ve uygun müdahale stratejileri geliştirmeyi

güçleştirmektedir. Bu noktada bu tez çalışmasının, genç yetişkin popülasyonda olası KOB oranını ve ilişkili faktörleri ortaya koyarak, bu alandaki kritik veri eksikliğini gidermeye katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Türkiye'de genç yetişkinlerde kumar davranışlarının sistematik olarak incelendiği çalışmaların sınırlı sayıda olması, bu araştırmanın bulgularını daha da değerli kılmaktadır. Araştırma sadece kumar yaygınlığını değil, aynı zamanda tercih edilen kumar türlerini ve demografik risk faktörlerini inceleyerek, önleme çalışmaları için hedef grupların ve potansiyel müdahale noktalarının belirlenmesine olanak tanıyacaktır. Özellikle dijital kumar platformlarının artan yaygınlığı göz önüne alındığında, bu bulguların güncel ve uygulanabilir politika önerileri geliştirmeye ışık tutabileceği düşünülmektedir. Sonuç olarak, bu araştırma genç yetişkinlerde kumar oynama bozukluğunun yaygınlığı, tercih edilen kumar oyunları ve ilişkili demografik faktörler hakkında bilimsel kanıt sağlayarak hem klinik uygulamalara hem de halk sağlığı politikalarına rehberlik edecek önemli veriler sunacaktır. Bulguların, ülkemizde bu alanda yapılacak gelecek çalışmalar için temel oluşturması ve etkili önleme stratejilerinin geliştirilmesine katkıda bulunması beklenmektedir.

Bu araştırma, KOB'un anlaşılmasına yönelik özgün bir katkı sunarak, alan yazındaki önemli bir boşluğu doldurmayı da hedeflemektedir. Çalışmanın bir başka temel önemi, kumar oynama bozukluğunun etiyolojisini açıklamada yeni bir perspektif sunan "tanılar üstü faktörler" yaklaşımını benimsemesi ve bu çerçevede özellikle belirsizliğe tahammülsüzlük ile duygu düzenleme arasındaki dinamik etkileşimi inceleyen ilk çalışmalardan biri olmasıdır. Bu yaklaşımın, kumar oynama bozukluğunun karmaşık yapısını anlamada yeni bir bakış açısı sunabileceği düşünülmektedir. Bu anlamda, bu tez çalışması KOB ile ilişkili olabilecek tanılar üstü faktör arasından belirsizliğe tahammülsüzlük ve duygu düzenleme güçlükleri üzerine odaklanmaktadır. Tanılar üstü olarak değerlendirilen pek çok faktör arasından bu iki faktörün ele alınmasıyla ilgili olarak duygu düzenlenmenin, literatürde kumar oynama bozukluğu ile güçlü bir şekilde bağlantılı olması dikkat çekmiştir (Williams ve ark., 2012). Ayrıca kumar oynama davranışının genellikle olumsuz duygulardan kaçma ya da stresle baş etme aracı olarak kullanılabiliyor oluşu yani, insanların üzüntü, kaygı, öfke gibi duygularla başa çıkamadıklarında, kumar oynayarak geçici bir rahatlama sağlamaya çalışmaları da bu kavrama odaklanılmasının nedenlerinden biridir. Bu nedenle, duygu düzenleme becerilerinin kumar oynama bozukluğundaki rolünü incelemek hem bozukluğun nasıl sürdüğünü anlamamıza hem de tedavide hangi noktalara odaklanmamız gerektiğine ışık tutabilir. Öte yandan, bu tez çalışmasında ele alınan bir diğer tanılar üstü faktör olan belirsizliğe tahammülsüzlük ise KOB çerçevesinde neredeyse hiç çalışılmamıştır fakat KOB için önemli

bir faktör olabileceği düşünülmüştür. Kumarın doğasında belirsizliğin oluşu, ödülün ve/veya sonucun önceden bilinmemesi ve bu bağlamda belirsizliğin kişide heyecan yaratabilme ihtimali bu tanılar üstü faktörün incelenmesinin altında yatan temel nedenlerden biridir. Genel olarak belirsizliğe tahammülsüzlüğü düşük olan insanlar, belirsiz durumlarda aşırı rahatsızlık hissediyorken belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek olan insanlar belirsizlik karşısında daha riskli davranışlara yönelebilmektedir. Bu anlamda KOB çerçevesinde belirsizliğe tahammülsüzlüğün paradoksal bir rolü olabileceği düşünülmektedir. Bu faktörle ilgili KOB çerçevesinde neredeyse hiçbir çalışmanın olmaması da bu araştırmayı, literatürdeki boşluğu doldurmaya yardımcı olabilmesi açısından önemli kılmaktadır.

Çalışmanın kuramsal anlamda kumar oynama bozukluğunda tanılar üstü faktörler açısından katkısı açısından düşünüldüğünde, belirsizliğe tahammülsüzlüğün KOB ile ilişkisini sistematik olarak inceleyen öncü çalışmalardan biri olan bu tez çalışması, duygu düzenleme güçlükleri ve belirsizliğe tahammülsüzlük birlikte ele alındığında daha detaylı bilgiler sağlama olasılığı taşımaktadır. Başka bir deyişle belirsizlik, kumarın doğasında olması itibariyle riskli davranışları beraberinde getirmektedir fakat riskin getirdiği heyecan ve olası diğer yoğun duygularla birlikte duygu düzenleme güçlüğü de bu noktada temel bir rol oynama ihtimaline sahiptir. Özellikle ödülün belirsiz olduğu kumar oynama bağlamında duygu düzenlemede güçlük yaşayan bireyler, problemlili kumar oynama davranışları sergileyebilir ve bu iki faktörün etkileşimi, kumar oynama bozukluğunun karmaşık yapısını anlamamızı kolaylaştırabilir. Bu noktada, aynı zamanda metodolojik açıdan da önem taşıdığı düşünülen bu çalışma tanılar üstü bir yaklaşımı benimseyerek, psikopatolojilerin anlaşılmasında giderek daha fazla kabul gören bu paradigmayı KOB'a uygulamaya çalışmaktadır. Bu yaklaşım, farklı bozukluklar arasındaki ortak mekanizmaları anlamamıza yardımcı olarak, daha bütüncül bir psikopatoloji anlayışının gelişmesine de katkı sağlayabilecektir. Klinik açıdan da bu bulguların, önleme ve tedavi müdahaleleri için önemli çıkarımlar sunma potansiyeline sahip olduğu düşünülmektedir. Belirsizliğe tahammülsüzlük ve duygu düzenleme becerilerinin kumar oynama bozukluğundaki rolünün anlaşılması, şu klinik uygulamalara yol gösterebilir: (1) risk altındaki bireylerin erken tespiti için farklı tarama araçlarının göz önünde bulundurulması, (2) belirsizlikle başa çıkma ve duygu düzenleme becerilerini bir arada ele alan tedavi protokollerin oluşturulması ve (3) özellikle genç yetişkinlere yönelik hedeflenmiş önleme çalışmalarının geliştirilmesi.

Sonuç olarak, bu araştırmanın kumar oynama bozukluğunun altında yatan olası psikolojik mekanizmaları anlamamıza yardımcı olacağı ve bu anlamda hem kuramsal hem de

klirik açıdan önemli bir boşluğu doldurabileceği söylenebilir. Bulgularının, kumar oynama bozukluğunun anlaşılmasında yeni ufuklar açması ve etkili müdahale stratejilerinin geliştirilmesine rehberlik etmesi beklenmektedir. Özellikle genç yetişkin popülasyonda bu tür bir araştırmanın yapılması hem önleyici hem de tedavi edici müdahaleler için yaş grubuna özgü stratejilerin geliştirilmesine olanak tanıyacaktır.

1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın olası sınırlılıkları aşağıda sıralanmaktadır:

1. Bu çalışmada kumar oynama bozukluğu, belirsizliğe tahammülsüzlük ve duygu düzenleme güçlükleri değişkenlerine ilişkin veriler; öz bildirime dayalı ölçeklerle değerlendirildiğinden bu tür ölçeklere karışma olasılığı bulunan orta yol cevap verme gibi hataları içerebilir.
2. Bu çalışmada elde edilen verilerden biri olan kumar oynama bozukluğu, Kumar Risk Tarama leğinin ölçtüğü özelliklerle sınırlıdır. Fakat kumar oynama davranışı ve bozukluğu üzerine yapılan çalışmalarda, kumar oynama bozukluğu açısından tanı kriterlerini karşılayan bireylerin dürüst olmayan yanıtlar verme olasılığı bulunmaktadır, çünkü bağımlılık konuları genellikle kişisel ve hassas kabul edilmektedir. Bu durum, elde edilen verilerin güvenirliğini etkileyebilir.
3. Bu çalışmada ölçülen değişkenlerden biri olan duygu düzenleme, Duygu Düzenleme Güçlüğü leği-Kısa Formunun ve yine bu çalışmada ölçülen değişkenlerden bir diğeri olan belirsizliğe tahammülsüzlük, Belirsizliğe Tahammülsüzlük leği-Kısa Formunun ltğ özelliklerle sınırlıdır. Duygu düzenleme ve belirsizliğe tahammülsüzlük gibi doğrudan gözlemlenemeyen psikolojik süreçlerin bireyler tarafından öznel olarak ifade edilmesi, bireylerin iğr kapasitesine bağlıdır. Bu bağlamda, bu ölçeklere verilen yanıtlar, çalışmaya katılan bireylerin iğr kapasiteleri ile sınırlıdır.
4. Bu araştırmada ilişkisel bir araştırma modeli kullanıldığından, elde edilen bulguların nedensellik ilişkisi içerisinde yorumlanması mümkün değildir. Bu da kumar oynama bozukluğu, duygu düzenleme ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişkinin yönünü tespit etmeyi zorlaştırmaktadır.
5. Araştırma rnekleminde yer alan katılımcıların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum) sonuçların daha geniş kitlelere genellebilirliğini kısıtlayabilir. Bu anlamda özellikle KOB açısından yüksek risk taşıyan bireylerin neredeyse

tamamının erkeklerden oluşması, bu noktadaki bulguların kadınlara genellebilirliğini sınırlandırmaktadır.

1.4. Araştırmanın Varsayımları

Bu araştırmanın örneklemini oluşturan katılımcıların araştırmada kullanılan ölçme araçlarını dürüst ve içten bir şekilde cevapladıkları varsayılmıştır.



II. BÖLÜM

2. KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Çalışmanın kuramsal çerçevesini oluşturan bu bölümde öncelikle psikopatolojileri anlama, tanımlama amacı ile ortaya çıkan Tanı Odaklı Yaklaşım ve bu yaklaşım kapsamında değerlendirilen KOB'a değinilecektir. Kumar Oynama Bozukluğunun tanı kriterleri ve detaylı tarihçesi ile birlikte, epidemiyolojisi ve etiyolojisi okura aktarılacaktır. Ardından bu yaklaşımın bir alternatifi olarak son yıllarda gündeme gelmeye başlayan Tanılar Üstü Yaklaşımın kuramsal felsefesine yer verilecektir. Bu tez çalışmasının odak noktasını oluşturan ve tanılar üstü faktörler olarak ele alınan belirsizliğe tahammülsüzlük ve duygu düzenleme kavramları da bu noktada daha detaylı bir şekilde açıklanacaktır. Son olarak bu tez çalışmasında incelenen değişkenlerle ilgili olarak yapılan alan yazındaki araştırmalar aktarılacaktır.

2.1. Tanı Odaklı Yaklaşım

Psikolojik bozuklukları anlama ve sınıflandırma çabaları oldukça eski dönemlere dayansa da ilk çağlarda bu tür rahatsızlıklar bilimsel temellerden ziyade doğaüstü inanışlarla açıklanmıştır. Günümüzde psikolojik rahatsızlıklar olarak görülen durumların çoğu geçmişte bireyin kötü ruhlar, şeytanlar veya doğaüstü varlıklar tarafından ele geçirilmesi gibi demonolojik ya da tanrının gazabına uğrama veya büyü etkisine bağlanıyordu ve bu insanların tedavisi için dini ritüeller, dualar ve hatta kişinin ölümü ile sonuçlanabilecek şeytan çıkarma ayinleri uygulanıyordu (Kring ve ark., 2017). Psikolojik rahatsızlıkları doğaüstü güçler yerine biyolojik ve doğal nedenlerle açıklamaya yönelik ilk bilimsel girişimler Antik Yunan'da görülmüştür. Modern tıbbın öncüsü olarak kabul edilen Hipokrat (M.Ö. 460-370), psikolojik bozuklukların beyin fonksiyonlarındaki bozukluklardan kaynaklandığını öne sürerek, bu rahatsızlıkları doğaüstü açıklamalardan uzaklaştırmaya çalışmıştır. Hipokrat, insan vücudundaki dört temel sıvı (kan, balgam, sarı safra ve kara safra) dengesinin psikolojik ve fiziksel sağlığı belirlediğini savunan "dört mizah teorisi"ne dayanarak, psikiyatrik hastalıkları üç temel kategoriye ayırmıştır (Kring ve ark., 2017). Bu kategorilerden birini oluşturan mani (aşırı hareketlilik ve coşkunluk hali) sarı safra birikimi ile, melankoli (derin üzüntü ve ilgisizlik hali) vücutta kara safra birikimi ile ve beyin humması ise (ciddi ateşli durumlarla seyreden akıl hastalıkları) iltihaplanmış beyinle açıklanmıştır ki Hipokrat bu hastalıkların soğutucu banyolar, kan alma, dinlenme, bitkisel

karışımlar, diyet ve yaşam tarzı değişiklikleri ile tedavi edilmesi önermiştir (Butcher ve ark., 2017). Hipokrat'ın yaklaşımı, günümüz modern anlayışından oldukça uzak olsa da hastalıkların doğaüstü nedenlerden değil biyolojik süreçlerden kaynaklanabileceğini öne sürmesi açısından büyük bir bilimsel ilerleme olarak kabul edilir.

Psikolojik hastalıkların sistematik bir şekilde sınıflandırılması 19. yüzyılın sonlarında Emil Kraepelin'in çalışmalarıyla gerçekleşmiştir (Kraepelin, 1990). Kraepelin, psikolojik bozuklukları belirgin klinik seyirlerine ve belirti sürekliliklerine dayanarak iki temel kategoriye ayırmıştır: duygudurum bozuklukları (örneğin, günümüzde bipolar bozukluk olarak adlandırılan manik-depresif hastalık) ve şizofreni benzeri psikotik bozukluklar (o dönem için "erken bunama" olarak adlandırılmıştır). Kraepelin, bu ayrımı yaparken her iki rahatsızlık grubunun farklı klinik belirtiler göstermesi, farklı seyir izlemeleri ve muhtemelen farklı biyolojik temellere sahip olması gerektiği fikrini öne sürmüştür. Örneğin, manik-depresif hastalığı olan bireylerin epizodik ve dalgalı bir seyir izlediğini, ancak erken bunama (şizofreni) hastalarının giderek ilerleyen bir bilişsel çöküş yaşadığını gözlemlemiştir (Kraepelin, 1990). Kraepelin, bu yaklaşımıyla sadece rahatsızlıkların tanı süreçlerini kolaylaştırmakla kalmamış, aynı zamanda her bozukluğun tedavi stratejilerinin geliştirilmesinde de bir rehber sunmuştur (Möller, 2008). Genel olarak doğru bir sınıflandırma ve tanılama, bir rahatsızlığın doğasını anlamanın ve uygun tedaviyi sunabilmenin de ilk adımıdır. Bu yaklaşım, günümüzde kullanılan tanı sistemlerinin de temelini oluşturmuş ve tarihsel anlamda önemli bir dönüm noktası olmuştur (Kring ve ark., 2017).

Kraepelin'in felsefesi, çağdaş nozolojik (hastalık sınıflandırma bilimi) sistemlerinin de temelini oluşturmuş ve günümüzde de kullanılan tanı ölçütlerinin (örn.; DSM ve ICD) gelişimine ilham vermiştir. Biriken bilgiler ışığında sürekli olarak güncellenen bu sistemi anlatan tanı kitapları, çeşitli ihtiyaçlara yanıt vermek üzere değişerek bu tanıların daha açık ve net hale getirilmesi yönündeki çabaları oluşturmuştur. Örneğin, DSM'nin ilk ortaya çıkışı, 20. yüzyılın ortalarında psikolojik sağlık sorunlarının daha iyi anlaşılması ve bu sorunlara yönelik ortak bir dil oluşturma ihtiyacına dayanmaktadır. Özellikle II. Dünya Savaşı sırasında ve sonrasında, askeri personelin psikolojik sağlık durumunu değerlendirme ve tedavi etme gerekliliği, standart bir sınıflandırma sistemine olan ihtiyacı artırmıştır (APA, 1952). Bu ihtiyaca yanıt vermek üzere ortaya çıkan ve DSM'in ilk sürümü olan DSM-I, 1952 yılında yayımlanmış ve psikolojik bozuklukların tanısında standartlaştırılmış ilk kılavuz olmuştur. DSM-I'de toplam 106 farklı psikolojik bozukluk tanımlanmış ve bu bozukluklar, dönemin

bilimsel ve klinik anlayışına göre “organik beyin sendromları,” “psikotik bozukluklar” ve “psiko-nevrozlar” gibi geniş kategoriler altında gruplandırılmıştır (APA, 1952). Kılavuz, dönemin baskın yaklaşımı olan psikanalitik kuramdan etkilenmiş ve psikolojik bozuklukları çevresel ve psikodinamik faktörlere dayandırarak açıklamıştır (Mayes ve Horwitz, 2005). Ancak DSM-I’deki tanı kriterlerinin geniş ve yoruma açık olması, bilimsel tutarlılık açısından eleştirilmiş ve bu durum, daha sonraki sürümünde çeşitli değişikliklerin yapılmasına öncülük etmiştir (Mayes ve Horwitz, 2005).

DSM’in ikinci sürümü olan DSM-II, 1968 yılında yayımlanmıştır ve DSM-I’in temel yapısını genişleterek toplamda 182 farklı psikolojik bozukluk tanımlamıştır. Bu sürümdeki tanılar, DSM-I’e benzer şekilde geniş kategoriler altında sınıflandırılmıştır. Tanılar, dönemin hâkim yaklaşımı olan psikanalitik kuramdan etkilenmeye devam etmiş ve psikolojik bozuklukların açıklamalarında çevresel ve psikodinamik faktörlere vurgu yapılmıştır (APA, 1968; Mayes ve Horwitz, 2005). DSM-II’nin tanı kriterleri, klinik gözlemlere ve betimleyici açıklamalara dayanmaktadır ancak bu kriterlerin geniş, yoruma açık ve ampirik verilere dayalı olmaması nedeniyle DSM-II de çeşitli eleştirilere maruz kalmıştır (Wilson, 1993). Bu eleştiriler, psikolojik bozuklukların tanısında daha objektif ve bilimsel bir sistem geliştirilmesi ihtiyacını ortaya koymuştur (Blashfield ve ark., 2014). Bu ihtiyaç doğrultusunda, DSM 1980 yılında yeniden güncellenmiştir.

DSM-III (APA, 1980), önceki sürümlere kıyasla önemli değişiklikler içermektedir. Psikolojik bozuklukların tanımlarını daha objektif ve ampirik verilere dayandırmayı hedefleyen bu sürümde, tanılar için açık ve ölçülebilir kriterler geliştirilmiştir (APA, 1980; Blashfield ve ark., 2014). Ayrıca DSM-III ile birlikte, ilk kez “çok eksenli sistem” tanıtılmıştır. Bu eksenli sistem, bireylerin psikolojik bozukluklarının yanı sıra (Eksen 1 ve 2) tıbbi durumlarını (Eksen 3), psiko-sosyal stresörlerini (Eksen 4) ve genel işlevsellik seviyelerini (Eksen 5) değerlendirme olanağı sağlamıştır. Bu yöntem, tanı sürecini daha bütüncül bir şekilde ele almayı amaçlamıştır (Klerman, 1980). Bunun yanı sıra DSM-III’te tanıların psikanalitik teoriden bağımsız hale getirilmesi ve nörobiyolojik temellere dayandırılması için de ayrıca çaba sarf edilmiştir (Mayes ve Horwitz, 2005). DSM-III, önceki sürümlerde eleştirilen öznel ve yoruma açık tanı kriterlerini bilimsel araştırmalara dayandırarak standartlaştırmayı başarmış ve bu da hem klinik uygulamalarda hem de araştırmalarda daha fazla tutarlılık sağlamış gibi görünmektedir (Wilson, 1993; Friston, 2010). DSM tarihinde devrimsel bir dönüm noktası olarak nitelendirilebilecek DSM-III’te toplam 265 psikolojik bozukluk tanımlanmış ve bu bozukluklar, daha ayrıntılı ve tutarlı bir

şekilde kategorilere ayrılmıştır (APA, 1980). DSM-III, önemli bir dönüm noktası yaratmış olsa da yine bazı eleştirilerle karşılaşmıştır. Bu eleştiriler arasında kategorik sınıflandırmanın psikolojik bozuklukların doğasını tam olarak yansıtmadığı, tanıların objektifleştirilmesi adına yapılan değişikliklerin klinik gözlemlerle her zaman uyumlu olmadığı ve çevresel, kültürel faktörlerin yeterince dikkate alınmadığı gibi noktalar öne çıkmıştır (Blashfield ve ark., 2014; Kring ve ark., 2017). DSM-III'ün getirdiği çok eksenli sistem psikolojik bozuklukların sadece klinik tanımlarıyla değil bireylerin tıbbi durumu, çevresel faktörler ve işlevsellik düzeylerini de hesaba katarak daha kapsamlı bir değerlendirme sunmayı amaçlamış olsa da bu sistemin uygulanmasında da yukarıda bahsedilen zorlukları gündeme getirmiştir. Bu zorluklar da tanıların daha sistematik bir düzenleme yapılması gerektiği fikrini doğurmuştur (Blashfield ve ark., 2014; Möller, 2008). Bu eleştiriler ve uygulama zorlukları, bir güncelleme ihtiyacını daha doğurmuş ve 1987 yılında DSM-III-R ortaya çıkmıştır. DSM-III-R'deki "R" harfi, "revised" (revize edilmiş) kelimesinin kısaltmasıdır. Yani, DSM-III-R, DSM-III'ün revize edilmiş (gözden geçirilmiş) versiyonudur. DSM-III-R, önceki sürümdeki bazı eksiklikleri gidermek, tanı kriterlerinde netlik sağlamak ve bazı bozuklukların tanımlarını güncellemek amacıyla yapılmıştır. Öte yandan DSM-III'te toplam 265 psikolojik bozukluk tanımlanırken, DSM-III-R'da tanı sayısı 292'ye çıkmıştır (APA, 1987). DSM-III-R, bir önceki sürümde yer alan bazı tanımları yenileyerek klinik doğruluk ve güvenilirliği artırmış, çok eksenli sistemin uygulanabilirliğini geliştirmiş psiko-sosyal faktörlerin daha sistematik ele alınmasını sağlamıştır (Friston, 2010; Blashfield ve ark., 2014). Bununla birlikte, psiko-sosyal faktörlerin hala yeterince sistematik işlenmemesi ve bazı tanı kriterlerindeki belirsizlikler, yeni bir güncelleme ihtiyacını doğurmuştur.

DSM-IV (1994), DSM-III-R'a yönelik eleştirilere cevaben daha bilimsel ve objektif bir yaklaşım sunmayı hedeflemiş ve psikolojik bozuklukların tanımında daha fazla ampirik veri kullanımı ile geçerliliği artırmayı amaçlamıştır. DSM-IV, tanı kriterlerini daha açık, somut ve bilimsel temellere dayandırmış ve daha geniş bir kültürel perspektife de yer vermenin yanı sıra daha fazla güvenilirlik ve geçerlilik sağlamak amacıyla psikiyatrik bozuklukların tanımlarını daha geniş çapta araştırmalarla ve klinik gözlemlerle desteklemeyi teşvik etmiştir (APA, 1994; Blashfield ve ark., 2014). DSM-IV'te toplam 297 psikolojik bozukluk tanımlanmıştır (APA, 1994). Getirdiği güncellemelere rağmen, özellikle çok eksenli sistemin uygulama zorlukları ve bazı tanı kriterlerinin netliğinin artırılmamış olması, yine bir güncelleme ihtiyacını doğurmuştur ve bu güncelleme sonucunda DSM-IV-TR, 2000 yılında yayımlanmıştır. DSM-IV-TR'deki "TR" ifadesi, "Text Revision" (Metin Revizyonu)

anlamına gelir. Bu sürüm, DSM-IV'ün temel içeriğini koruyarak, özellikle metin üzerinde yapılan düzenlemeler ve güncellemeleri içermektedir. DSM-IV'teki 297 tanı sayısı, DSM-IV-TR'de değişmeden kalmış ancak bazı tanı kriterleri daha açık ve net bir şekilde açıklanmış ve güncel bilimsel bulgulara dayanarak bazı terimler ve ifadelerle ilgili düzeltmeler yapılmıştır. Yani, DSM-IV-TR, DSM-IV'ün içeriğini revize ederek daha fazla netlik ve güvenilirlik sunmayı amaçlamıştır (APA, 2000). Ancak, DSM-IV-TR de bazı sınırlamalara ve eleştirilere tabi olmuştur. Özellikle çok eksenli sistemin hala klinik uygulamalarda yeterince etkili bir şekilde uygulanamaması ve tanı kriterlerinin bazı durumlar için hala netleşmemiş olması, yeni bir güncelleme gerekliliğini ortaya çıkarmıştır.

Bu güncelleme ihtiyacı doğrultusunda 2013 yılında DSM-5 yayınlanmıştır ve DSM-5 de tıpkı DSM-III gibi önemli değişiklikler içermektedir. Bu değişikliklerin en önemlilerinden bir tanesi DSM-III ve sonrasındaki sürümlerde yer alan çok eksenli sistemin kaldırılmış olmasıdır. Eksenli sistem yerine, tanı kriterlerinin içinde daha bütünsel bir yaklaşım benimsenmiş ve bu anlamda da birincil olarak psikolojik bozuklukların daha net ve bütüncül olarak tanımlanmasına odaklanılmıştır (APA, 2013). Yani eksenli sistem kaldırılmış olsa da bu çaba tanı kriterlerine dahil etmiştir (örn.; işlevsellikle ilgili, tıbbi durumların dışlanması ile ilgili tanı kriterlerinin eklenmesi ve detaylandırılması). Toplamda 541 tanıyı içinde barındıran DSM-5'te ayrıca tanı kategorileri de ayrılarak çeşitlenmiştir. Örneğin daha önce kaygı bozuklukları kategorisinde tanımlanan bazı psikolojik bozukluklara kendi kategorileri verilmiş (örn.; Travma ve İlişkili Bozukluklar) ve bu kategori kapsamında daha detaylı tanımlar ile tanı sayıları artmıştır. DSM-5, klinik pratikte tutarlılığı artırmayı hedeflemiş ve bilimsel temele dayalı güncel bulguları dikkate alarak daha objektif kriterler sunmuş olsa da 2022 yılında yeniden güncellenmiştir. Bu güncelleme de kriterlerde daha fazla netlik sağlama amacını taşımaktadır. DSM-5-TR (Text Revision), DSM-5'teki temel içerik ve tanı kriterlerini korurken, bilimsel literatürdeki son gelişmeleri dikkate alarak bazı terim ve tanımlar üzerinde düzeltmeler yapmıştır (APA, 2022).

Özetle, DSM ilk ortaya çıktığı 1952 yılından itibaren kümülatif araştırmaların sonuçlarının da tanımlara yansıtılma gereksinimi ve çoğu zaman tekrar eden eleştiriler nedeniyle sürekli olarak güncellenmiştir. Bu eleştiriler arasında en sık tekrarlanan tanı kriterlerinin netliği, güvenilirliği ve geçerliliğine yöneliktir. Bu eleştirilere cevaben tanı kriterlerinin netlik, güvenilirlik ve geçerliliğini artırmak adına çabalanmış olsa da diğer yandan tanı sayıları ve kategorileri de sürekli olarak artmıştır. Bu artışın bir nedeni yıllar içinde artan bilgi birikimi olarak görülse de DSM yıllar içinde sadelikten uzak karmaşık bir yapıya doğru

da evrilmiştir. Her bir sürüm, biriken bilgiler ışında tanı kriterlerinin geçerliği ve güvenilirliğini artırmak adına yeni gelişmeleri yansıtmayı ve daha doğru tanı kriterleri sunmayı amaçlasa da son yıllarda DSM'e getirilen eleştiriler, aynı eleştirilerin tekrarı olmaktan çıkarak daha farklı bir boyut almaya başlamıştır. Bu eleştiriler özellikle son yıllarda daha sıklıkla tartışılmaya başlayan DSM'in temel felsefesini oluşturan medikal yaklaşımın psikopatoloji açısından beraberinde getirdiği problemlerle de ilgilidir. DSM teşhis ve tedavilerin standartlaştırması, tedaviyi yönlendirme ve araştırmalara rehberlik etmesi açısından oldukça faydalı bir rehber olmasına ve tarihsel süreç içerisinde sağladığı çeşitli avantajlar nedeniyle (örn., klinisyenler arasında ortak dil oluşturma ve iletişimi kolaylaştırma) sıklıkla kullanılmasına rağmen temel aldığı medikal yaklaşım nedeniyle tanı ve sınıflamada çeşitli problemleri bulunmaktadır. Bu noktada her bir sürümde sürekli olarak yineleyen benzer eleştirilerden uzaklaşmaya başlayan bu yeni eleştirilerin çıkış noktasını daha iyi anlayabilmek adına DSM'in baz aldığı temel felsefeye de kısaca değinmek uygun olacaktır.

Medikal model, psikolojik rahatsızlıkları da fiziksel hastalıkları ele aldığı şekilde ele almaya çalışmakta ve fiziksel hastalıklar gibi bu bozuklukları da biyolojik temellere dayandırmaya çalışmaktadır. Aslında medikal modelin kendi içinde de bu felsefeyi aşmaya çalışan bazı çabalar DSM dahilindeki değişikliklerde görülmektedir. Bu anlamda DSM-III'ün getirmeye çalıştığı eksenli model ve bu eksenli modele dahil edilen çok yönlü değerlendirme bu çabayı gösterir niteliktedir. DSM-5 eksenli yaklaşımı kaldırmış olsa dahi bu çabayı aslında eksenler dahilinde olmasa da tanı kriterleri dahilinde devam ettirmiştir. Medikal modelin üç temel varsayımı vardır: (1) Psikolojik bozukluklar, belirtilerinden bağımsız, altta yatan bir hastalıktan kaynaklanır, (2) Psikolojik bozukluklar beyindeki anormalliklerden veya hastalıklardan kaynaklanır, (3) Psikolojik bozuklukların tanı ve sınıflandırılması medikal bir modeli takip etmelidir (Jones ve Robinaugh, 2021).

Psikolojik bozukluklar, belirtilerinden bağımsız, altta yatan bir hastalıktan kaynaklanır varsayımını detaylandırmak gerekirse bu varsayım temelde fiziksel hastalıklarda görülen süreçle benzer şekilde, hastaların şikayetlerinden yola çıkılarak yapılan testlerle, bozukluğun asıl nedenini bulmaya çalışır. Örneğin, diyabet şüphesiyle doktora başvuran bir hasta, aşırı susama ve sık idrara çıkma gibi şikâyetlerle gelir. Bu şikâyetler kan tahlili gibi testlerle, kandaki yüksek glikoz seviyesinin bir sonucu olarak ortaya çıkar. Burada, belirtilerin arkasında gizli bir biyolojik değişkenin yattığı varsayılır. Ancak psikolojik bozukluklar söz konusu olduğunda durum farklıdır. Örneğin, depresyon yaşayan bir kişi,

düşük enerji, mutsuzluk ve ilgisizlik gibi belirtiler gösterir. Bu belirtiler, sadece depresyonu tanımlayan belirtiler olup, bu hastalığın arkasında gizli bir biyolojik değişken olmayabilir. Yani psikolojik bozukluklar, belirtilerinden bağımsız olarak ortaya çıkan bir hastalık değil, aslında belirtilerin kendisi bozukluğun ta kendisidir.

Medikal modelin ikinci varsayımı, psikolojik bozuklukların beyindeki biyolojik anormalliklerden kaynaklandığını iddia eder. Ancak bu yaklaşım, psikolojik bozuklukların sadece biyolojik temelli olmadığı ve sosyal, psikolojik faktörlerin de etkili olduğu gerçeğini göz ardı eder. Örneğin, depresyonun sadece beyindeki kimyasal dengesizliklerden kaynaklandığını savunmak eksik olabilmektedir çünkü kişisel yaşantılar, stres, travmatik deneyimler ve sosyal ilişkiler de depresyonun ortaya çıkmasında önemli rol oynayabilmektedir. Psikolojik bozuklukların salt biyolojik nedenlerden dolayı ortaya çıkmadığını biyolojik, psikolojik ve sosyal nedenlerin söz konusu olduğunu ve üstelik bu çoklu nedenlerin arasında karmaşık etkileşimler olduğu artık bilinmektedir (Kendler, 2008; Kendler, 2012; Van Dyke ve Hovis, 2014). Bu bilgiler ışığında psikolojik bozuklukların nedenlerinin henüz yeterince anlaşılmadığı da son yıllarda genel olarak daha fazla kabul görmektedir. Bu çoklu faktörlerin etkisi altında bozukluklar, kişiden kişiye farklılık da gösterebilir. Bir kişide depresyon, genetik yatkınlık ve sosyal destek eksikliği ile tetiklenebilirken, başka bir kişide aynı bozukluk, travmatik bir olay veya psikolojik stres sonucu gelişebilir. Dolayısıyla, psikolojik bozuklukları yalnızca biyolojik faktörlere indirgemek, bu bozuklukların karmaşıklığını ve çok boyutlu doğasını göz ardı etmek olur.

Medikal modelin son varsayımı ise psikolojik bozuklukların tanı ve sınıflandırılmasının tıbbi bir yaklaşımı takip etmesi gerektiğidir. Ancak DSM gibi tıbbi modele dayalı sınıflama sistemleri, psikolojik bozuklukları doğru bir şekilde tanımlamada yetersiz kalabilir. Medikal modele dayanan DSM tanılarının -yüksek ihtimalle istenmeyen- bir sonucu olarak ortaya çıkan en kritik nokta, tanıların bir şekilde gerçekliği tamamen yansıttığı ya da gerçekliği doğru şekilde sınıflandırarak psikolojik rahatsızlıkları tanımayabildiği varsayımdır. Oldukça yaygın bir şekilde ve uzun bir süredir kullanılan bu tür bir nozolojinin (sınıflama) artık araştırma ve klinik uygulamalarda kullanımının uygun olmayabileceği konusunda ortaya çıkan ve giderek büyüyen bir fikir birliği de bulunmaktadır (Dalglish ve ark., 2020).

Tanı odaklı yaklaşım her bir tanıyı birbirinden farklı (bir bozukluk diğerini kapsamamakta yani dışlamakta), kategorik (tanı eşiğinin karşılanıp karşılanmadığı yani var/yok ikiliği) ve birbirinden bağımsız (bir bozukluğun diğeriyle ilişkili olmadığı) olarak ele

almaktadır fakat klinik bulgular bu varsayımlara meydan okumaktadır (Kruger ve Eaton, 2015). Bir bozukluğun diğerini kapsamadığı ile ilgili varsayım, farklı bozukluklarda benzer belirtilerin listelenmesi, ayırıcı tanıyı güçleştirmekte ve eş tanı durumlarını gündeme getirebilmekte ve farklı bozuklukların altında ortak bazı mekanizmaların yatıyor olabileceği ihtimalini gündeme getirmektedir. Tanıların kategorik olması da eşik altı belirtilerin de bireylerde belirgin sıkıntılar yaratması ve hemen hemen her kategoride listelenen, "Tanımlanmış Diğer Bir..." ve "Tanımlanmamış..." gibi belirsiz etiketlerin kullanılması, kişilerin doğru ve spesifik tanı alamamalarına, dolayısıyla uygun tedavi alamamalarına yol açması gibi problemleri de beraberinde getirebilmektedir. Tanıların birbirinden bağımsız yani bir bozukluğun diğerini kapsamadığı varsayımı da tıpkı ilk varsayımın getirdiği sorunlara benzer sıkıntıları doğurmaktadır. Bu ve benzeri sorunlar, genel olarak tanı odaklı yaklaşımın katı sınıflandırmalarına dayalı olması nedeniyle, bu katı sınıflandırmaların psikolojik bozuklukların esnek ve dinamik doğasını göz ardı etmesi ve bireysel farklılıkları yeterince dikkate almaması gibi farklı sorunları da beraberinde getirmektedir. Örneğin; aynı psikolojik bozukluğu yaşayan farklı bireyler, bu bozukluğu farklı şekillerde deneyimleyebilmektedir. DSM kriterleri her bireyin deneyimlediği psikolojik bozukluğu aynı şekilde sınıflandırmaya çalışırken, insanların psikolojik durumu daha geniş bir yelpazede değişkenlik gösterebilir. Bu nedenle, aynı tanıyı alan iki birey arasında tedaviye yanıt farklılıkları görülebilir ve bu farklılıklar göz ardı edilirse, tedavi süreci verimli olmayabilir (Paris, 2013). Bu katı sınıflandırma ve aslında psikolojik bozuklukların daha esnek ve dinamik doğaya sahip gibi görünüyorsa olması nedeniyle eş tanı da istisnadan ziyade bir kural gibi ortaya çıkmaktadır. Eş tanı durumları bazen bir psikolojik rahatsızlığın beraberinde getirdiği sıkıntıların ardından ortaya çıkan ikincil bir tanı olarak gelişebilse de (örn.; sosyal kaygı belirtilerini yatıştırmak adına alkol kullanımı sonrasında alkol bağımlılığı geliştirmek) bazen de farklı bozukluklarda listelenen benzer belirtiler nedeniyle tanı koymakta güçlükler de yaşanabilmektedir. Her iki durumda da bazen hiyerarşik bazen de ortak faktörler göz ardı ediliyor gibi görülmektedir. Bütün bu durumlar da bireylerin doğru tanı alması ya da deneyimlenen durumun net bir şekilde ortaya konmasını güçleştirebilmekte ve dolayısıyla uygun bir tedavinin önüne geçebilmektedir (Frances, 2013; Krueger ve Markon, 2006).

Bu eleştiriler doğrultusunda, psikolojik bozuklukların daha kapsamlı bir şekilde ele almaya çalışan tanımlar üstü yaklaşım, temel olarak tanı odaklı sistemlerinin getirdiği güçlüklerle bir alternatif olarak gelişmiştir. Aşağıda bu yaklaşım daha detaylı bir şekilde açıklanmaktadır fakat öncesine Tanı Yaklaşımı kapsamında ele alınan ve bu tezin odak

noktalarından birini oluşturan KOB ile ilgili tanı kriterlerine ve bu tanı kriterlerinin zaman içinde kabul gören değişimlerine, epidemiyolojisi ve etiyojisi ile ilgili bilgiler aktarılmaya çalışılacaktır.

2.1.1. Kumar Oynama Bozukluğu Tanı Kriterleri

Kumar oynama davranışı ile ilgili olarak ele alınan bu bağımlılık, ilk defa 1980 yılında DSM-III'te "Patolojik Kumar" ismiyle ve "Dürtü Kontrol Bozuklukları" kategorisi altında psikolojik ve sosyal bir sorun olarak tanımlanmıştır. DSM-III'e göre, kumar oynama davranışının psikopatolojik olarak değerlendirilebilmesi için kumar oynama dürtülerine karşı koymada kronik ve ilerleyici bir başarısızlık ile kumar davranışının kişisel, ailevi veya mesleki faaliyetleri zedelemesi, bozması ya da zarar vermesi gerekmektedir (APA, 1980). Genellikle stresli dönemlerde artan kumarla meşguliyet, kumar oynamakla ilgili dürtü ve eylemler sonucunda da ortaya çıkan sorunlar kişideki stres düzeyini artırarak kumar davranışının daha da şiddetlenmesine yol açmaktadır (Blaszczynski ve Nower, 2002). Bu sorunlar arasında kumar oynamak için işe devamsızlık nedeniyle iş kaybı, borçlar ve diğer mali yükümlülüklerin ödenmemesi, aile ilişkilerinin bozulması, yasadışı kaynaklardan borç alma, sahtecilik, dolandırıcılık, zimmete para geçirme ve vergi kaçakçılığı gibi durumlar da yer almaktadır. Ayrıca, bu belirtilerin Antisosyal Kişilik Bozukluğundan kaynaklanmaması gerektiği ile ilgili ayırıcı tanının da yapılması şartı bulunmaktadır (APA, 1980). 1987'de güncellenen DSM-III-R'de yine aynı kategori altında ve aynı isimle yer alan patolojik kumar tanısında, bazı eleştiriler nedeniyle çeşitli değişiklikler yapılmıştır. Bu eleştiriler arasında (i) orta sınıf yanlılığı, yani zimmete para geçirme ve vergi kaçakçılığı gibi suçların "orta sınıf" suçları olması, (ii) birçok kompulsif kumarbazın serbest meslek sahibi olduğunun tanınmaması ve (iii) Antisosyal Kişilik Bozukluğu olan bireylerin dışlanması yani eş tanıya izin verilmemesi gibi durumlar yer almaktadır (Lesieur, 1988). DSM-III ve DSM-III-R incelendiğinde, önemli değişikliklerin yapıldığı ve DSM-III-R'nin, bağımlılıkla ilgili temel belirtileri daha açık ve net bir şekilde (örn.; kumar oynamaya veya kumar oynamak için para bulmaya sık sık zihinsel olarak takılma, planlanandan daha büyük miktarlarda veya daha uzun süre kumar oynama, istenen heyecanı elde etmek için bahislerin boyutunu veya sıklığını artırma ihtiyacı, kumar oynayamadığında huzursuzluk veya sinirlilik hali vb.) ifade ettiği görülmektedir (APA, 1987).

Bir sonraki güncellemesi 1994 yılında yapılan DSM'de yine aynı isim ve aynı kategoride (Dürtü Kontrol Bozuklukları) yer alan tanıda klinisyenler arasında yeni tanı

kriterleriyle (DSM-III-R) ilgili bir memnuniyetsizlik olduğu, DSM-III ve DSM-III-R kriterleri arasında bir uzlaşma sağlanması gerektiği gündeme gelmiştir. Bu yönde atılan adımlar ile güncellenen kriterlere ayrıca kumar oynama davranışının “Mani Dönemi” ile daha iyi açıklanamaması kriteri de eklenerek ayırıcı tanı ile ilgili bir başka güncelleme de yapılmıştır (APA, 1994). Bunun yanı sıra, yine DSM-III ve DSM-III-R kriterleri arasında bir uzlaşma sağlanması amacıyla DSM-III’te yer alıp DSM-III-R’de çıkarılan yasa dışı eylemlere başvurma ve ekonomik destek için başkalarına güvenme maddeleri DSM-IV’te tekrar eklenmiştir. Belirtilerle ilgili diğer değişikliklerin gerekçesi ve patolojik kumar davranışının psikolojik arka planı hakkındaki açıklamalar ise esasen kumar davranışının psikolojik arka planını daha kapsamlı bir şekilde ele alma çabasıyla, DSM-IV’ün geliştirilme sürecinde yapılan araştırmalara ve literatüre dayanmaktadır. Sorunlardan kaçış ve disforik ruh halini hafifletme amacıyla kumara yönelme gibi belirtilerin eklenmesi, özellikle Lesieur ve Rosenthal (1991) gibi kumar bağımlılığı üzerine çalışan araştırmacıların yaptığı klinik çalışmalarla desteklenmiştir. Lesieur ve Rosenthal (1991), kumar bağımlılarının olumsuz duygulardan kaçmak için kumar oynadıklarını ve bunun patolojik kumar oynama davranışının önemli bir yönü olduğunu savunmuşlardır. Bir sonraki güncellemesi 2000 yılında yapılan DSM-IV-TR’ de ise herhangi bir değişiklik yapılmamış, DSM-IV’teki tanı kriterleri aynen korunmuştur (APA, 2000).

Eksenli sistemin kullanılmaya başlandığı DSM-III gibi devrimsel bir yaklaşımın temsilcisi olan ve eksenli sistemin kaldırıldığı DSM-5 (APA, 2013), sorunlu kumar oynama ile ilgili önemli değişiklikleri beraberinde getirmiştir. Bu değişiklikler arasında en öne çıkan gelişme, patolojik kumarın nörobiyolojik ve fenomenolojik açıdan madde bağımlılıklarıyla önemli benzerlikler göstermesi nedeniyle, DSM-5’te yer alan sınıflandırmada köklü bir revizyona uğramasıdır (Pettry ve ark., 2014). Söz konusu revizyon kapsamında, patolojik kumar, "başka bir yerde sınıflandırılmamış dürtü kontrol bozuklukları" kategorisinden çıkarılarak, "madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları" ana başlığı altında bulunan "madde ile ilişkili olmayan bozukluklar" alt kategorisine dahil edilmiştir. Ayrıca, tanı kategorisinin adı "patolojik kumar" yerine "Kumar Oynama Bozukluğu" (KOB) olarak değiştirilmiştir. DSM-III’te var olan ve DSM-III-R’de çıkartılan fakat DSM-IV’te tekrar eklenen kısacası yıllar içerisinde bu tanı ile ilgili kritik tartışmaların kaynağı olan “kumar oynamak için gereken parayı sağlamak üzere sahtekarlık, dolandırıcılık, hırsızlık, zimmetine para geçirme gibi yasa dışı eylemlerde bulunma” kriteri DSM-5’te tekrar çıkartılmıştır. Bu madde ile ilgili tartışmanın temelinde ise bağımlılığın kişinin yaşamını nasıl etkilediğini daha

net bir şekilde değerlendirmek amacı bulunmaktadır (APA, 2013). Örneğin, kumar oynama bozukluğunun gündelik hayatı etkileme durumu tanısı olan herkes için geçerli iken yasadışı faaliyetlerin olması her kumar bağımlısı için geçerli olmayabilmekte ve bu nedenle damgalanma riskini artırmaktadır. Bu tartışmalar nedeniyle de bu kriter bir güncellemede eklenip bir diğer güncellemede çıkarılmıştır. Böylece A tanı kriterinde listelenen belirti sayısı 10'dan 9'a düşürülmüş (bkz. Tablo 1), bu belirtiler arasından tanı için gerekli olan belirti sayısı da 5'ten 4'e indirilmiştir ve bu yeni eşik ile sınıflandırma doğruluğunun arttığı ve yanlış negatif oranının azaldığı düşünülmektedir. DSM-5 ayrıca, bu belirtilerin en az 12 aydır sürüyor olması gerektiği ile ilgili bir zaman parametresi eklemiş ve mani ile ilgili ayırıcı tanı kriterini korumuştur (APA, 2013). En son güncellenmesi 2022 yılında yapılan DSM-5-TR'de kumar oynama bozukluğu ile ilgili herhangi bir değişiklik yapılmamıştır ve güncel tanı kriterleri Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1. DSM-5-TR'ye göre Kumar Oynama Bozukluğu Tanı Kriterleri (APA, 2022)

Sorunlu bir kumar oynama biçimi, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte bozulmaya yol açar ve bu durum, son 12 aylık sürede aşağıdakilerden dördü (ya da daha fazlası) ile kendini gösterir.
1. İstenen heyecanı sağlamak amacıyla giderek artan miktarlarda parayla kumar oynama gereksinimi duyma. 2. Kumar oynamayı azaltmaya ya da bırakmaya yönelik başarısız girişimlerde bulunma sırasında huzursuz ya da irritabl olma. 3. Kumarı kontrol etme, azaltma ya da bırakma konusunda yineleyici ve başarısız girişimlerde bulunma. 4. Genellikle kumar oynama ile aşırı meşgul olma (örneğin, geçmiş kumar deneyimlerini yeniden yaşama, bir sonraki kumar girişimini planlama ya da kumar oynamak için para bulma yollarını düşünme). 5. Genellikle sıkıntılı hissettiğinde (örneğin, çaresizlik, suçluluk, kaygı ya da depresyon gibi duygular yaşadığında) kumar oynama. 6. Para kaybettikten sonra, kaybı telafi etmek amacıyla çoğu zaman başka bir gün yeniden kumar oynama. 7. Kumar oynama derecesini gizlemek amacıyla başkalarına yalan söyleme. 8. Kumar oynamak yüzünden önemli bir ilişkiyi, işi ya da eğitim ya da mesleki bir fırsatı tehlikeye atma ya da kaybetme.

9. Kumar oynama nedeniyle içine düştüğü umutsuz mali durumdan kurtulmak için başkalarından para sağlama.

B Kumar oynama davranışı, manik bir epizodla daha iyi açıklanamaz.

Kumar bağımlılığının tanılanmasında önemli bir diğer kurum WHO olmuştur. WHO tarafından yayınlanan ICD'nin en güncel sürümü olan ve 2018'de yayımlanan ICD-11'de bu psikopatoloji; “zihinsel, davranışsal veya nörogelişimsel bozukluklar” kategorisi altında “madde kullanımı veya bağımlılık yapıcı davranışlardan kaynaklanan bozukluklar” kategorisinde yer almakta ve “Kumar Oynama Bozukluğu” adıyla geçmektedir (WHO, 2018). ICD-11'e göre kumar oynama bozukluğu için gerekli olan tanı kriterleri Tablo 2 'de gösterilmiştir. Bozukluk -ICD-11'de- çevrimiçi (yani, internet üzerinden) veya çevrimdışı olan, sürekli veya tekrarlayıcı kumar davranışları ile karakterize edilmiştir.

Tablo 2. ICD-11'e göre Kumar Oynama Bozukluğu Tanı Kriterleri (WHO, 2018)

1. Kumar oynama davranışı üzerinde bozulmuş kontrol (örneğin, başlangıç, sıklık, yoğunluk, süre, sonlandırma, bağlam)
2. Kumar oynamaya verilen önceliğin, yaşamın diğer alanları ve gündelik faaliyetlerin önüne geçecek şekilde giderek artması,
3. Olumsuz sonuçlarına rağmen kumar oynama davranışının devam etmesi veya giderek artması

Tıpkı DSM-5-TR'de olduğu gibi, ICD-11'de de bu tanının konulabilmesi için kumar oynama davranışı ve diğer ölçütler kişide, en az 12 aylık bir süre boyunca bulunmalıdır; yine de belirtiler şiddetliyse ve tüm tanı ölçütleri karşılanıyorsa, tanı için gerekli süre kısalabilir. Yine iki tanı kitabında da kumar oynama davranışının sürekli olup olmadığı ya da dönemsel olarak tekrarlayan bir şekilde ortaya çıkması şeklinde belirtilmesi ile ilgili de bir ayırım yapılmıştır.

Kumar bağımlılığı tanısı ve kriterleri ile ilgili tarihsel gelişimler dikkate alındığında, iki önemli gelişme öne çıkmaktadır. İlk olarak, kumar bağımlılığının bir dürtü kontrol bozukluğu olarak sınıflandırılmaktan çıkarılarak, bir davranışsal bağımlılık olarak ele alınmaya başlanmasıdır. Bir diğeri de öncesinde daha ağırlıklı olarak birey üzerindeki etkileri açısından tanımlanan belirtiler (örn.; borçlanma, aile ilişkilerinde bozulmalar vb.), süreç içerisinde biriken araştırmaların ışığında bağımlılığın temel özellikleri üzerinden (örn.; istenilen heyecan/hazzı sağlayabilmek için artan miktarlarda kumar oynamaya, kumar oynamakla ilgili aşırı kafa yorma, başarısızlıkla sonuçlanmasına rağmen kumar oynamayı kontrol altına alma çabası vb.) şekillenmeye başlamıştır.

2.1.2. Kumar Oynama Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Genel olarak kumar oynama davranışı psikopatolojik bir durum olarak değerlendirilmemekle birlikte, psikopatoloji halini aldığı noktada kişinin hayatını önemli ölçüde olumsuz etkileyen bir durum halini almaktadır. Nitekim yapılan bilimsel araştırmalar, özellikle son 30 yıl içinde kumar oynama sıklığının arttığını ve kumar oynama yaşının dokuzaya kadar indiğini göstermektedir (Calado ve ark., 2017; Felscher ve ark., 2004; Rahman ve ark., 2013). Özellikle 2019'daki COVID-19 pandemisi sürecinde, bireylerin evde daha fazla vakit geçirmesi ve teknolojiyle daha yoğun bir ilişki kurması, online bahis oyunlarına olan ilgiyi de artırmış olabilir. Bu süreçte, geleneksel kumar oynama yöntemlerinden dijital platformlara yönelimde belirgin bir artış yaşanmış ve çevrimiçi kumar oynama alışkanlıkları daha yaygın hale gelmiştir. Örneğin; ABD'de American Gaming Association (2023) tarafından yayımlanan rapora göre spor bahislerinin yasallaştırıldığı eyaletlerde yapılan bir boylamsal çalışmada, spor bahislerinin tek bir eyaletten 38 eyalete yayıldığı, yapılan bahislerin 2017'de 4,9 milyar dolardan 2023'te 121,1 milyar dolara yükseldiği ve 2023'te bahislerin %94'ünün çevrimiçi olarak yapıldığı tespit edilmiştir. Bu durum, spor bahislerinin daha fazla kişi tarafından tercih edilmesiyle birlikte çevrimiçi platformların geleneksel fiziksel kumar mekanlarının önüne geçtiğini ve kullanıcılar için daha pratik ve erişilebilir bir seçenek sunduğunu da ortaya koymaktadır. Ancak, bu konuya dair Türkiye'deki akademik literatürde herhangi bir kapsamlı çalışma bulunmamaktadır. Yine de son zamanlarda artan online kumar oynama davranışının, 2023 yılında Yeşilay'ın faaliyet raporuna yansıdığı da gözlemlenebilmektedir. Bu durum, online kumarın, geleneksel kumar türlerine kıyasla daha yaygın hale geldiğine işaret etmektedir. Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM) alkol, tütün, madde, kumar ve teknoloji bağımlılığı gibi sorunlarla mücadele eden bireylere ve yakınlarına, uzman psikologlar ve sosyal hizmet uzmanları aracılığıyla ücretsiz psiko-sosyal destek sağlayan, Türkiye'ye özgü bir modeldir. 2023 yılında YEDAM'a alkol, tütün, kumar, madde ve teknoloji bağımlılıkları ile ilgili yapılan toplam 13.930 başvurudan, 4.230 başvuru ile kumar bağımlılığı ilk sırada yer almıştır. Bu durum, kumar bağımlılığının son yıllarda giderek artan bir problem haline geldiğini ve diğer bağımlılık türlerine kıyasla daha fazla bireyi etkilediğini gösterir niteliktedir.

Türkiye'de kumar bağımlılığının epidemiyolojisi üzerine yapılan çalışmalar oldukça sınırlı sayıdadır. Bu nedenle, toplumda kumar oynama bozukluğunun görülme sıklığını ele alan çalışmaların önemli olduğu düşünülmektedir. Epidemiyolojik açıdan incelendiğinde Türkiye'deki ilk çalışmalardan birinin, 2004 yılında İnönü Üniversitesi öğrencileri üzerinde

gerçekleştirildiği görülmektedir. Bu araştırmada, 912 öğrenciye South Oaks Kumar Tarama Testi uygulanmış ve öğrencilerin %45.8'inin son bir yılda, %51.3'ünün ise yaşamları boyunca en az bir kez kumar oynadığı belirlenmiştir. En sık oynanan kumar oyunları arasında şans oyunları, milli piyango ve futbol bahisleri yer alırken, patolojik kumar oynama oranlarının erkek öğrencilerde ve yakın çevresinde kumar veya alkol sorunu yaşayan kişiler bulunan bireylerde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Çekem, 2004). Türkiye'de yaşamasa da çoğunluğunun (%77.8) Türkiye doğumlu bireylerden oluştuğu ve yaşları 18 ile 63 arasında değişen 541 (%21.3'ü kadın, %78.6'sı erkek) katılımcının olduğu bir başka çalışma da Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde yapılmıştır. Bu çalışmada katılımcıların en fazla oynadığı kumar türü casino oyunları iken (%79.5), en az tercih edilen kumar oyununun ise horoz güreşi (%10.9) olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre araştırmaya katılan 541 katılımcıdan %28.1'inin (N=152) kumar oynama bozukluğu açısından yüksek risk altında olduğu görülmüştür (Çakıcı, 2019).

Uluslararası literatür incelendiğinde kumar bağımlılığı ile ilgili yapılan en kapsamlı, geçerliliği ve güvenilirliği en yüksek olan araştırmalardan biri 2013 yılında APA tarafından yapılmış ve kumar bağımlılığının dünyadaki toplam nüfusa göre yaygınlığının % 0,4 - % 1 arasında olduğu raporlanmıştır. APA gibi kapsamlı, uluslararası geçerliliği ve güvenilirliği olan herhangi bir kurum ya da kuruluşun son yıllarda dünya genelinde kumar bağımlılığının epidemiyolojisini incelediği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak Calado ve Griffiths (2016), 2000-2015 yılları arasında dünya genelinde kumar bağımlılığına dair yapılan araştırmaları sistematik bir şekilde inceleyerek, yetişkin bireylerde kumar oynama ve sorunlu kumar davranışlarının yaygınlıklarını değerlendirmiştir. Bu sistematik incelemeye dahil edilen 69 çalışmanın analizine göre, dünya çapında yıllık problemlili kumar oynama oranlarının % 0.12 ile % 5.8 arasında değiştiği, Avrupa'da ise bu oranların % 0.12 ile % 3.4 arasında olduğu bulgulanmıştır. Gabellini, Lucchini ve Gattoni (2023) ise 2016 ile 2022 yılları arasında yayımlanan ve yetişkin nüfusta problemlili kumar oynama sıklığı üzerine yapılan çalışmaları sistematik olarak inceleyen bir meta-analiz çalışması yapmıştır. Bu meta-analize dahil edilen 23 çalışmanın analiz sonucuna göre, yetişkin nüfusta problemlili/patolojik kumar oynama sıklığının % 1.29, orta riskli/risk altındaki kumar oynama sıklığının ise % 2.43 olduğu görülmüştür. Her iki sistematik inceleme çalışmasında da belirli grupları (yaşlılar, üniversite öğrencileri, mahkumlar vb.) içeren araştırmalar dışarıda bırakılmıştır.

Problemlili kumar oynama durumlarının yaygınlığını inceleyen araştırmaların yanı sıra, bu yaygınlık oranlarının demografik değişkenlerle ilişkisine bakan çalışmalar da mevcuttur.

Kumar bağımlılığı cinsiyet açısından incelendiğinde birçok araştırmanın sonuçları kumar bağımlılığının erkeklerde daha yaygın olduğunu gösterse de kadınların da artan bir şekilde kumar oynama davranışları olduğu görülmektedir (Koot ve ark., 2012; McCormack ve ark., 2014). Tercih edilen kumar oyunları açısından da cinsiyetler arası farklar bulunmaktadır. Örneğin; erkeklerin genellikle beceri ve strateji gerektiren oyunları tercih ettiği, kadınların ise daha çok şansa dayalı oyunlara yöneldiği görülmüştür (McCormack ve ark., 2014). Ayrıca, kumar oynama davranışının erkeklerde ergenlik döneminde, kadınlarda ise genellikle 20-40 yaşları arasında başladığı belirlenmiştir (Çakmak ve Tamam, 2018; Evren ve Bozkurt, 2016). Bunun yanı sıra tıpkı cinsiyetle ilgili farklılıklar olduğu gibi, bağımlılık oranlarının yaş açısından da farklılaştığını gösteren çalışmalar mevcuttur ve bu bulgular, kumar bağımlılığının yetişkinlere göre gençlerde daha yaygın görüldüğünü göstermektedir. Örneğin; Shaffer ve arkadaşları (1999) tarafından yapılan bir çalışmada üniversite öğrencilerinin ve özellikle ergenlerin genel yetişkin popülasyondan daha yaygın kumar oynadığı bulunmuştur. Benzer şekilde Avrupa'da gençlerin problemlili kumar oynama oranının % 0,2 ile % 12,3 arasında olduğu öne sürülmektedir (Calado ve ark., 2016).

Kumar oynama bozukluğu tanısı bulunan bireyler arasında eş tanı da sıklıkla görülmektedir. Bir çalışmaya göre, kumar oynama bozukluğu tanısı almış bireylerin yaklaşık üçte ikisinde psikiyatrik bir başka bozukluk daha bulunmaktadır (Shek ve ark., 2012). Bu eş tanımlar arasında en yaygın olanlar depresyon, anksiyete, bipolar bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, dürtü kontrol bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları, psikotik bozukluklar, kişilik bozuklukları, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu ve nörolojik bozukluklardır. Lorains ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmaya göre, kumar oynama bozukluğu en çok nikotin bağımlılığı (%60,1), madde bağımlılığı (%57,5), duygu durum bozuklukları (%37,9), anksiyete bozukluğu (%37,4) ve alkol kullanım bozukluğu (%28,1) ile eşlik etmektedir. Bahsedilen bu eş tanımlar arasında depresyon ve anksiyete diğer psikolojik sorunlara kıyasla daha fazla ön plana çıkmaktadır. El-Guebaly ve arkadaşlarının (2006) çalışmasına göre de anksiyete bozukluğu olan bireylerde kumar oynama bozukluğu oranı, psikiyatrik bozukluğu olmayanlara göre 1,7 kat daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, Chou ve Afifi'nin (2011) araştırmasında, kumar oynama bozukluğu olan bireylerde anksiyete ve majör depresyon oranları sırasıyla %13,7 ve %9,7 iken, kumar oynayan ancak bozukluğun tanı kriterlerini karşılamayan bireylerde bu oranların sırasıyla %9,4 ve %6,3 olduğu belirlenmiştir. Bu veriler, kumar bağımlılığının anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunlarla güçlü bir ilişkiye sahip olduğunu göstermektedir. Öyle ki Takamatsu ve

arkadaşlarının (2016) çalışması da depresif bireylerin kumar davranışlarını bırakma motivasyonlarının düşük olduğunu ve bu kişilerin kumarı, olumsuz duygulardan kaçış olarak gördüklerini ifade etmektedir. Bu da kumarın reddedilmesini daha da zorlaştırarak, depresif bireylerin kumar oynamaya devam etmelerine neden olabilmektedir. Tüm bu çalışmalar birlikte ele alındığında kumar bağımlılığı ile diğer psikiyatrik hastalıklar arasında yüksek düzeyde bir ilişki olduğunu ve kumar oynama bozukluğunun çoğunlukla başka psikolojik sorunlarla birlikte görüldüğünü göstermektedir. Bu durum, kumar oynama bozukluğunun karmaşık bir etiyolojiye sahip olduğuna da işaret etmektedir (Mantar ve Demet, 2015). Sonuç olarak, kumar bozukluğunun sıklıkla diğer bağımlılıklar ve psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğu görülmekte ve kumar oynama bozukluğunun tek başına bir sorun olmanın ötesinde, bireyin genel psikolojik durumuyla da bağlantılı olabileceğini göstermektedir.

2.1.3. Kumar Oynama Bozukluğunun Etiyolojisi

Kumar oynama davranışı, teknolojik gelişmelerin ve yasal düzenlemelerin etkisiyle son yıllarda daha erişilebilir hâle gelmiş ve buna paralel olarak kumar oynama bozukluğunun (KOB) görülme sıklığında da anlamlı bir artış gözlenmiştir (Gainsbury ve ark., 2022). Bağımlılık davranışlarının ortaya çıkışında ve sürdürülmesinde, söz konusu davranışa yönelik erişilebilirliğin önemli bir belirleyici olduğu bildirilmektedir. Öte yandan Freimuth (2008), bağımlılığın gelişiminde erişilebilirliği, gerekli fakat tek başına yeterli olmayan bir koşul olarak değerlendirmiştir. Bu anlamda salt teknolojik gelişmelerin ve yasal düzenlemelerin etkisiyle sadece görülme sıklığındaki artışın değil, aynı zamanda etiyolojisinin de göz önünde bulundurulması önemlidir.

Kumar bağımlılığına ilişkin etiyolojik açıklamalar, teorik yaklaşımlar çerçevesinde çeşitlilik arz etmektedir. Örneğin; psikanalitik kuramlar, patolojik kumar davranışını bireyin erken dönem gelişimsel çatışmalarına dayandırmakta ve bu davranışı anal ya da fallik dönemle ilişkili çözülmemiş içsel çatışmaların dışavurumu olarak yorumlamaktadır (Kalyoncu ve ark., 2003). Klasik Freudyen yaklaşım, patolojik kumarı bilinçdışı kaybetme arzusu ve suçluluk duygusunu bastırmaya yönelik bir mekanizma olarak kavramsallaştırırken, daha güncel psikanalitik yorumlar bu davranışın, preödipal dönemdeki yetersiz nesne ilişkilerine dayandığını öne sürmektedir (Kaplan ve Sadock, 2000). Varoluşçu yaklaşım, kumar oynama davranışını bireyin anlamsızlık, varoluşsal kaygı ve içsel boşluk gibi duygularla başa çıkma çabası olarak kavramsallaştırmaktadır (Köknel, 1983). Bu çerçevede, birey kumar davranışını yaşamına anlam katma ya da dayanılmaz içsel gerilimden kaçınma

aracı olarak kullanabilmektedir. Bilişsel kuramlar ise KOB'un sürdürülmesinde bireyin gerçekçi olmayan inanç ve düşünce yapılarının belirleyici rol oynadığını savunmaktadır. Kontrol yanılması, şansa aşırı atıf, kazanma beklentisinin abartılması gibi bilişsel çarpıtmaların, bireylerin riskli kararlar almasına ve kayıplarına rağmen kumar davranışını sürdürmelerine yol açtığı öne sürülmektedir (Kalyoncu ve ark., 2003; Kaplan ve Sadock, 2000). Bu bağlamda, bilişsel hatalar yalnızca davranışın devamlılığını değil, aynı zamanda müdahale süreçlerinin hedeflerini de belirlemektedir. Davranışsal kuramlar ise kumar bağımlılığını klasik ve edimsel koşullanma yoluyla öğrenilmiş bir davranış örüntüsü olarak ele almaktadır. Özellikle başlangıçtaki "kazanma" deneyimi, davranışın olumlu pekiştireçlerle ödüllendirilmesini sağlayarak, bireyin bu davranışı tekrar etmesine zemin hazırlamaktadır (Köknel, 1983; Kaplan ve Sadock, 2000). Bununla birlikte, çevresel uyaranların ve öğrenilmiş ilişkilerin bireyin kumar davranışına yöneliminde etkili olduğu vurgulanmaktadır.

Kumar bağımlılığının gelişiminde ve sürdürülmesinde tek bir kuramsal yaklaşımın etiyoloji açıklamakta yetersiz kaldığı görülmektedir. Bu bağlamda hem bireysel farklılıkları hem de çoklu etiyojik faktörleri dikkate alan modeller de geliştirilmiştir. Bu modeller arasında özellikle Yollar Modeli (The Pathways Model) ve Biyopsikososyal Model, etiyojik faktörleri çok boyutlu bir çerçevede ele almaları nedeniyle öne çıkmaktadır.

Yollar Modeli, Blaszczynski ve Nower (2002) tarafından geliştirilmiş olup, kumar bağımlılığı olan bireylerin heterojen bir yapıya sahip olduğunu ve bu bireylerin farklı etiyojik yollarla bu bozukluğu geliştirdiğini ileri sürmektedir. Modele göre problemli kumar oynayan bireyler üç alt grupta sınıflandırılmaktadır. Davranışsal olarak koşullanmış kumarbazlar olarak nitelendirilen birinci grupta görülen psikopatolojik belirtiler öğrenme (pekiştirme) aracılığıyla yani çevresel ve davranışsal koşullanmalar sonucunda ortaya çıkmaktadır. Duygusal açıdan savunmasız kumarbazlar olarak adlandırılan ikinci grupta bulunan bireylerde ise KOB, genellikle depresyon, anksiyete gibi birincil bir psikopatoloji ile baş etmek amacıyla kumarın bir başa çıkma stratejisi olarak kullanması yoluyla gelişmiştir. Bu bireylerde düşük benlik saygısı, duygu düzenleme güçlükleri ve geçmiş travmalar gibi risk etkenleri daha belirgindir. Üçüncü grup olan ve antisosyal-dürtüsel kumarbazlar olarak nitelendirilen gruptaki bireyler ise antisosyal kişilik özelliklerine, yüksek düzeyde dürtüsellik ve genellikle başka psikiyatrik bozukluklara sahip bireylerden oluşmaktadır (Blaszczynski ve Nower, 2002). Bu model hem bireysel farklılıkları hem de müdahale

planlarının kişiselleştirilmesini desteklemesi açısından klinik uygulamalarda oldukça işlevsel bir çerçeve sunmaktadır.

Çoklu etiyolojik faktörleri dikkate alan bir diğer model ise Biyopsikososyal Modeldir. Bu model, bağımlılığın oluşumunda biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkileşimini temel alan çok boyutlu bir yaklaşım sunmaktadır (Griffiths, 2005). Modele göre kumar oynama bozukluğu yalnızca bireysel yatkınlık özelliklerinden ya da öğrenme deneyimlerinden kaynaklı bir problem değil, aynı zamanda genetik yatkınlıklar, nörobiyolojik duyarlılıklar, kişilik özellikleri, öğrenme süreçleri ve sosyal bağlamların kesişimiyle gelişen karmaşık bir bozukluk olarak ele alınmaktadır. Modelde yer alan biyolojik faktörler arasında dopaminerjik sistemdeki farklılıklar ve ailede bağımlılık öyküsü gibi kalıtsal etkenler yer almaktadır. Psikolojik faktörler ise dürtüsellik, bilişsel çarpıtmalar (örneğin "şansa inanma", "kazanma yanılsaması") ve başa çıkma becerilerindeki yetersizlikler olarak sıralanmaktadır. Sosyal faktörler arasında ise kumarın kolay erişilebilir olması, toplumsal normlar, medya etkisi ve aile içi modelleme gibi çevresel unsurlar yer almaktadır (Griffiths, 2005).

Çoklu etiyolojik faktörleri dikkate alan ve yukarda bahsedilen her iki model de kumar oynama bozukluğunun çok boyutlu doğasını vurgulamakta ve bireyler arası farklılıkların altını çizmektedir. Yollar Modeli, bireylerin KOB geliştirmesinde farklı kritik noktalara sahip olabileceklerini vurgulayarak tedavi sürecinde kişiye özel müdahale planlarının önemini vurgulamakta; Biyopsikososyal Model ise kumar oynama bozukluğunun çok boyutlu doğasına dikkat çekerek yine bütüncül bir değerlendirme ve müdahale yaklaşımını mümkün kılmaktadır.

Kumar oynama bozukluğunun ortaya çıkışında genetik faktörlerinin rolünü incelemeye çalışan bir model olmasa da pek çok çalışma mevcuttur ve kısaca bu çalışmalara da değinmek uygun olacaktır. Moleküler düzeyde yürütülen genetik çalışmalar halen başlangıç aşamasında olsa da elde edilen bulgular KOB'un bazı özgül klinik özelliklerinin kalıtsal temellere dayanabileceğini düşündürmektedir (Potenza ve ark., 2019). Bu noktada dopamin ve serotonin gibi nörotransmitterleri taşıyan genlerin KOB riskinde etkili olabileceği, ayrıca COMT enzimi üzerinde yapılan testlerde bu enzimi hedef alan tolkapon tedavisinin belirli genetik özelliklere sahip bireylerde olumlu sonuçlar verebildiği belirtilmiştir (Grant ve ark., 2013; Potenza ve ark., 2019). Ancak bu bulguların genel geçerliliği için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (Lind ve ark., 2013). Aile öyküsü ve ikiz çalışmaları da kalıtsal geçişin önemine işaret ederken, birinci derece akrabalarında KOB

öyküsü bulunan bireylerde riskin belirgin şekilde arttığı gösterilmiştir (Koot ve ark., 2012; Eisen ve Lin, 1998). Kalıtsallık oranı bulgularının %50 ile %58 arasında değiştiği geniş ölçekli bir çalışmada, cinsiyetler arası farklılık gözlenmemesine rağmen (Slutske ve ark., 2010), bazı bulgular kumar davranışının özellikle babadan oğula aktarılabilirliğini ve çocukluk döneminde bu davranışa maruz kalmanın ileri yaşlarda KOB gelişimi açısından risk oluşturduğunu desteklemektedir (Walter, 2001; Daghestani ve ark., 1996; Lobo ve Kennedy, 2006).

Genetik çalışmalar kadar önemli olan bir diğer biyolojik çalışma alanı da nörofizyolojik faktörler üzerinden gerçekleştirilmektedir. Nörofizyolojik çalışmalar genel olarak davranışların hangi beyin bölgeleriyle ilişkili olduğunu göstermeye çalışan ve çoğunlukla henüz tanımlayıcı düzeyde kalan çalışmalar olmaktadır. Bu anlamda KOB tanısı bulunan bireylerin beyinlerinde yapısal ve işlevsel bozulmalar da görüldüğü ortaya konmuştur. Nörogörüntüleme çalışmalarında, KOB'un beyinde özellikle striatum, prefrontal korteks, insula, hipokampus ve amigdala gibi bölgelerindeki değişikliklerle ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu bölgelerin ödül işleme, dürtü kontrolü, kaybı kovalama davranışı (yani önceki kayıpları telafi etme amacıyla riskli bahisleri artırma eğilimi), stres yanıtlarının düzenlenmesi ve sosyal-duygusal işlevlerle ilişkili olduğu bilinmektedir (Potenza ve ark., 2019; Zhang ve Clark, 2020).

Striatum, ödüle yönelik öğrenme ve motivasyonel süreçlerde kritik rol oynar. Özellikle ventral striatum, çevresel ödül ipuçlarıyla (örneğin kumar makinesi sesi) ödül beklentisinin eşleşmesinden sorumluyken; dorsal striatum, alışkanlık haline gelen davranışların sürdürülmesinde işlev görür (Jessup ve O'Doherty, 2011). KOB tanısı olan bireylerle yapılan çalışmalarda, ventral striatumun ödül beklentisi sırasında düşük aktivasyon gösterdiği, buna karşın dorsal striatumda dopamin iletiminin arttığı bildirilmiştir. Bu durumun, dürtüsel davranışların artması ve davranışsal esnekliğin azalması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Clark ve ark., 2012; Luijten ve ark., 2017; Potenza ve ark., 2019). Striatum ile yoğun bağlantılar kuran medial prefrontal korteks (mPFC), ödül-değer ilişkili karar verme süreçlerinde görev yapar ve KOB tanısı olan bireylerde mPFC aktivitesinin azalmasının, gelecekteki olası sonuçlara yönelik yetersiz öngörü ve artmış risk alma davranışıyla ilişkili olabileceği varsayılmaktadır (Clark, Boileau, ve Zack, 2019). Benzer şekilde, ventrolateral prefrontal korteks (vlPFC), hatalı ya da başarısız davranış kalıplarını değiştirerek uygun stratejilere yönelme sürecinde işlev görür. Bu bölgedeki azalmış aktivite de bireylerin kumarda kayıplara rağmen davranışlarını sürdürmelerine yol açabileceği düşünülmektedir (de

Ruiter ve ark., 2009). Orbitofrontal korteks (OFC), özellikle ödül ve ceza değerlendirmesi ile ilişkilidir. KOB tanısı bulunan bireylerde, kumara dair çevresel ipuçlarına karşı bu bölgede artmış aktivasyon gözlenirken; gerçek parasal kazanımlara karşı azalmış tepkiler rapor edilmiştir. Bu durum, bireylerin gerçek ödül değerinden ziyade, kumar uyarıcılarına aşırı duyarlılık geliştirdiklerini göstermektedir (Limbrick-Oldfield ve ark., 2017). Anterior singulat korteks (ACC) ise hata izleme ve çatışma çözümleme işlevi göstermektedir. KOB tanısı bulunan bireylerde bu bölgedeki işlev bozuklukları, riskli kararlar sonrasında gerekli davranış değişikliklerinin yapılamamasıyla ilişkili görülmektedir (Potenza, 2014). İnsula, beden duyumlarının (örneğin kalp atışı, terleme) farkındalığı ile duygusal ve bilişsel süreçlerin bütünleştirilmesinde rol oynar (Verdejo-Garcia, Clark, ve Dunn, 2012). KOB tanısı bulunan bireylerde insula aktivitesinin artışının, özellikle kumar sırasında hissedilen fiziksel uyarıların (örneğin heyecan, gerilim) ödül beklentisiyle karıştırılmasına neden olabileceği düşünülmektedir. Bu da bireyin kumar davranışına yönelik motivasyonunu artırarak davranışın pekişmesini destekleyebilir (Clark ve ark., 2014). Hipokampus ve amigdala ise duygusal öğrenme ve stres düzenlemesiyle ilişkilidir. Hipokampus, özellikle geçmişte yaşanan olumsuz deneyimlerin ve bağlamların öğrenilmesinde işlevseldir; amigdala ise ödül ve tehditlerin duygusal değerini belirlemede kritik rol oynar (Dedovic ve ark., 2009; Phelps, 2004). KOB tanısı olan bireylerde bu iki yapının hacminde de küçülme tespit edilmiştir; bu da duygusal düzenleme sorunları ve stresle başa çıkma becerilerinde bozulmalarla ilişkilendirilmiştir (Rahman, Xu, ve Potenza, 2014).

Yukarda bahsedilen nörofizyolojik bulgular ve bu bulgularla ilişkilendirilen davranışlardan hangisinin önce geldiği henüz açıklama getirilebilen bir konu değildir. Temelde korelasyonel olan ya da tanımlayıcı düzeyde kalan bu bulgularla ilişkilendirilen davranışlara nedensel bir açıklama (genetik kaynaklı ya da öğrenme temelli) getirebilmek deneysel çalışmalar olmadan mümkün değildir. Yani “KOB, bireyin doğuştan getirdiği yapısal ve işlevsel bozukluklardan mı kaynaklanmaktadır yoksa çevresel öğrenme deneyimleri aracılığıyla beynin yapısal ve işlevsel olarak bozukluk kapsamında değerlendirilebilecek bir halde mi şekillenmiştir” ikilemi henüz netlik kazanmamıştır. Fakat genel olarak hem genetik yatkınlıkların hem de öğrenme deneyimlerinin birbirleriyle olan karmaşık bir etkileşim söz konusu gibi görünmektedir. Öte yandan kumar oynama bozukluğunda gözlemlenen nörofizyolojik bulguların çevresel öğrenme deneyimleriyle, özellikle değişken aralıklı pekiştirme tarifesi üzerinden anlamlı şekilde ilişkilendirilebileceği söylenebilir. Ödüllerin ne zaman geleceğinin belirsiz olduğu bir öğrenme düzeni sunan

değişken aralıklı pekiştirme sürecinde, belirsiz aralıklarla gelen kazançlar, kişide yoğun bir heyecan ve beklenti hali yaratabilmekte ve bu durum, beynin ödülle ilgili sistemlerini sürekli tetikleyerek kumar davranışının sürmesine yol açabilmektedir. Özellikle, kazanma ihtimalinin ne zaman gerçekleşeceğini bilememek, kişinin tekrar tekrar deneme yapmasına neden olabilmektedir; çünkü bir sonraki oyunun "şans getireceği" inancı, sistematik olarak pekiştirilmiş olmaktadır. Zamanla kişide alışkanlık haline gelen bu süreçle birlikte kişi, artık kazanmayı değil, sadece oynama eylemini sürdürmeyi hedefler hale gelebilir. Böylece, düşünmeden ve sadece dürtüsel biçimde hareket etme eğilimi artabilir. Aynı zamanda, gelecekte olabilecek sonuçları değerlendirme ve mantıklı kararlar alma yetisi zayıflayabilir. Kişi, geçmişte işe yaramamış stratejilere takılı kalabilir ve her defasında aynı hatalı davranışları tekrarlayabilir. Bu durum, kayıplara rağmen neden kumar oynamaya devam edildiğini açıklayabilir.

Kumar davranışını tetikleyen sesler, görüntüler ya da ortamlar da bu süreçte büyük önem taşıyabilir. Kişi, bu uyarıcılara karşı giderek daha hassas hale gelebilir; gerçek bir kazanç olmasa bile, bu uyarıcılara verilen tepki artabilir. Buna karşılık, gerçek ödüllere olan ilgi azalabilir. Bu da kişinin kumar oynarken neden daha fazla heyecanlandığını ama kazandığında bile yeterince tatmin olmadığını açıklayabilecek güce sahiptir. Kumar sırasında hissedilen fiziksel belirtiler de — örneğin kalp çarpıntısı, risk almanın getirdiği heyecan ya da gerginlik — kişide kazanmanın yaklaştığına dair yanlış bir izlenim yaratabilir. Bu his, ödül beklentisiyle karışıp kişinin davranışı devam ettirmesine yol açabilir. Diğer yandan, stresle başa çıkma ve duygularını düzenleme becerileri zayıflayan birey, yaşadığı olumsuz duyguları yatıştırmak için de tekrar tekrar kumara yönelebilir. Sonuç olarak, beynin farklı sistemlerinde yaşanan bu değişimler, çevresel olarak öğrenilmiş davranışlarla birleştğinde, kumar oynama bozukluğunun neden bu kadar güçlü ve kalıcı hale geldiğini açıklamaya yardımcı olabilir. Belirsizlik, dürtüsellik ve duygusal gerilim gibi etkenler, öğrenilmiş alışkanlıkları besleyerek kişinin kontrolünü giderek azaltan bir görünüme neden olabilir.

2.2. Tanılar Üstü Yaklaşım

Farklı psikolojik sorunlar uzun yıllar boyunca özgül tanı kategorileri çerçevesinde ele alınmış ve bu doğrultuda bozukluklara özgü tedavi yaklaşımları geliştirilmiştir. Ancak, son yıllarda yapılan araştırmalar, birçok psikolojik bozukluğun ortak mekanizmalar tarafından şekillendiğini ve sürdürüldüğünü göstermektedir (Barlow ve Carl, 2010). Bu durum, psikopatolojilerin "ne" olduğu yani psikolojik özelliklerin tanımlanması ile sınırlı kalmayıp,

"nasıl" oluştuğuna odaklanılmasını; bir başka deyişle, bu bozuklukların altında yatan mekanizmaların, etkileşimlerin ve gelişim süreçlerinin incelenmesini gerektirmektedir. Bu noktada, farklı psikopatolojilerin gelişimi ve sürdürülmesinde ortak süreçlerin rol oynadığını vurgulayan tanılar üstü (transdiagnostik) yaklaşım, psikopatolojinin anlaşılması ve tedavi edilmesi için bu süreçlere odaklanılması gerektiğini savunmaktadır (Barlow ve Farchione, 2018). Tanılar üstü yaklaşım, psikopatolojilerin ortaya çıkışı, sürdürülmesi ve tedavisinde rol oynayan ortak faktörleri inceleyen bir paradigma olup, psikolojik bozuklukların keskin sınırlarla birbirinden ayrılmadığını, aksine ortak etiyolojik ve sürdürücü faktörlerin psikopatolojiler arasında önemli bir rol oynadığını öne sürmektedir (Nolen-Hoeksema ve Watkins, 2011; Caspi v e ark., 2014; Lahey ve ark., 2017a, 2017b). Farklı tanı gruplarında benzer belirtilerin görülmesi de bu ortak süreçlerin varlığına işaret etmektedir (Nolen-Hoeksema ve Watkins, 2011).

Tanılar üstü yaklaşımın tarihsel gelişimine bakıldığında, ilk defa 1983 yılında Steve ve arkadaşları tarafından yayımlanan bir çalışmada, alkolizm ve depresyonda ortak görülen belirtilere dikkat çekilmiştir (Steer ve ark., 1983). Bu çalışmada, eğer bir belirti iki veya daha fazla bozuklukta görülüyorsa ve bu belirtiler bozuklukların temel göstergeleri ise bu belirtilerin "tanılar üstü" olarak tanımlanabileceği öne sürülmüştür. Ayrıca, bu tür ortak belirtilerin diğer psikiyatrik bozukluklarda da yaygın olabileceği belirtilmiştir. Sonraki yıllarda Ingram (1990) da depresyon, kaygı ve alkol kötüye kullanımı gibi farklı bozukluklarda yüksek düzeyde "kendine odaklı dikkatin" (self-focused attention) ortak bir özellik olduğunu göstermiştir. Bu bulgu, kendine odaklı dikkatin farklı psikolojik bozukluklar arasında ortak bir belirti olduğunu ortaya koymuştur. Benzer şekilde, Wells ve Matthews (1993), üst-bilişsel süreçler (metacognitive processes) modeli üzerine yaptıkları çalışmalarda, farklı psikopatolojilerdeki ortaklıklara dikkat çekmiştir. Hayes ve arkadaşları (1996) ise birçok psikopatolojiyi işlevsellikle ilgili faktörler açısından değerlendirmiş ve deneyimsel kaçınmanın farklı psikopatolojilerin tedavisinde ortak bir hedef olarak belirlenebileceğini belirtmiştir.

Tanılar üstü yaklaşımın ivme kazanması Fairburn ve arkadaşlarının (2003) yeme bozukluklarına ilişkin bilişsel davranışçı model önerisiyle gerçekleşmiştir. Bu modelde, anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve atipik yeme bozukluklarının ortak psikopatolojik süreçlerle sürdürüldüğü ve tedavide tanılar üstü yaklaşımın benimsenmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bu noktada bir değişkenin tanılar üstü olarak nitelendirilebilmesi için karşılaması gereken kriterlere de kısaca değinmek uygun olacaktır. Mansell ve arkadaşları

(2009) bu kriterleri şu şekilde tanımlamıştır: (1) değişken hem klinik hem de klinik olmayan örnekleme gözlemlenmeli, (2) en az dört farklı psikolojik bozuklukta ortaya çıkmalı ve (3) gözlemlendiği bozukluklarda nasıl ortaya çıktığı açıklanmış olmalıdır. Bu kriterler, tanılar üstü yaklaşımın bilimsel temellerini güçlendirirken, hangi faktörlerin bu kapsamda değerlendirilebileceğine dair net bir çerçeve sunmaktadır.

İlerleyen yıllarda, Harvey ve arkadaşları (2004) "Cognitive Behavioural Processes Across Psychological Disorders: A Transdiagnostic Approach to Research and Treatment" adlı çalışmalarında tanılar üstü faktörlerin temelde beş ortak bilişsel ve davranışçı süreçle ilişkilendirilebileceğini öne sürmüştür. Bu süreçler: dikkat, bellek, akıl yürütme, düşünme ve davranış süreçleridir. Bu teorik çerçeveye göre dikkat süreçleri içsel seçici dikkat, dışsal seçici dikkat ve dikkat dağılması gibi unsurları içermektedir. Bellek süreçleri açık seçici bellek, tekrarlayıcı anılar ve aşırı genelleştirilmiş bellek gibi bileşenlerden oluşmaktadır. Akıl yürütme süreçleri yorumlama yanlışlıkları, beklenti yanlışlığı ve duygusal çıkarım gibi faktörleri kapsamaktadır. Düşünme süreçleri tekrarlayıcı olumsuz düşünceler, üstbilişsel süreçler ve düşünce bastırma gibi mekanizmaları içermektedir. Davranışsal süreçler ise kaçınma davranışları ve güvenlik arayışı gibi eylemlerle temsil edilmektedir (Harvey ve ark., 2004: 19). Bu kavramsallaştırma ile farklı bozuklukların altında yatan bu ortak mekanizmalara odaklanarak tedavi stratejilerinin daha etkili ve kapsamlı hale getirilmesine olanak sağlayacağı düşünülmektedir.

Buraya kadar, tanılar üstü yaklaşımın ortaya çıkış süreci ve var olan mevcut durum ele alınmıştır. Bu yaklaşım, mevcut sınıflandırma sistemlerindeki eksiklikleri gidermek amacıyla geliştirilmiştir. Ancak her kuram, yaklaşım ve yöntemde olduğu gibi, tanılar üstü yaklaşımın da belirli avantajları ve dezavantajları bulunmaktadır. Söz konusu avantaj ve dezavantajlara da aşağıda kısaca değinilmektedir.

Tanılar üstü yaklaşımın en önemli avantajlarından biri, psikopatolojiler arasındaki eş tanı oranlarını daha iyi açıklayabilmesi ve tedavide ortak faktörlere odaklanılmasını sağlamasıdır. Özellikle psikiyatrik bozukluklarda yüksek eş tanı (comorbidity) istisnadan ziyade bir kural gibi ortaya çıkmaktadır. Araştırmalar, herhangi bir psikolojik bozukluk tanısı alan bireylerin yarısından fazlasında birden fazla tanı bulunduğuna işaret etmektedir (Kessler, Chiu, Demler ve Walters, 2005). Örneğin, psikiyatrik hastalıklarda eş tanı oranlarının %40'a kadar ulaşması (Jacobi ve ark., 2014), psikiyatrik bozuklukların tek bir tanı çerçevesinde ele alınamayacak kadar karmaşık ve birbiriyle bağlantılı olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, psikolojik bozuklukların bir arada görülmesinin tesadüfi olmaktan çok, ortak altta yatan

faktörlerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (Caspi ve ark., 2014; Lahey ve ark., 2017a, 2017b). Bu nedenle, geleneksel tanı sistemlerinin aksine, tanılar üstü yaklaşım ortak patolojik mekanizmalara odaklanarak daha etkin tedavi yöntemleri geliştirme potansiyeline sahiptir (Mansell ve ark., 2009: 9). Psikoterapi yaklaşımları açısından da önemli avantajlar sunan tanılar üstü model, bilişsel-davranışçı süreçlerin bireyin psikopatolojisini sürdürmede nasıl bir rol oynadığını belirleyerek, bireyselleştirilmiş tedavi planlarını desteklemektedir (Mansell, Harvey, Watkins ve Shafran, 2009). Bu durum, psikolojik bozuklukların hem başlangıcı hem de sürdürülmesine ilişkin daha kapsamlı bir anlayış sunarak tedavi stratejilerini güçlendirmektedir (Insel ve ark., 2010). Ek olarak, bu yaklaşım tedavi sürecinde ekonomiklik ve sadelik de sağlamaktadır. Geleneksel tanı sistemleri belirti bazlı ve karmaşık tanı kriterleri sunarken, tanılar üstü yaklaşım değerlendirme sürecini de sadeleştirerek klinisyenlerin zamandan tasarruf etmesini sağlar (Rodriguez-Seijas, Eaton ve Krueger, 2015). Ayrıca, bireylerin tedavi almak için belirli bir tanıya sahip olma gerekliliğini ortadan kaldırdığından, olumsuz etiketlenme riskini azaltmakta ve tedaviye erişimi kolaylaştırmaktadır (Clark, 2009).

Yukarda sıralanan avantajlarının yanında tanılar üstü yaklaşımın belirli sınırlılıkları da bulunmaktadır. Bunlardan biri, tanısal kesinliği azaltma riskidir. Geleneksel sistemler, belirli bozuklukları net kriterlerle sınırlandırırken, tanılar üstü yaklaşım bu kesinlikten uzaklaşmaktadır (Widiger ve Samuel, 2005). Bu durum, belirli psikopatolojilerin ayrıca ele alınmasını gerektiren vakalarda, örneğin yalnızca spesifik bir fobiye sahip bireylerde, etkili bir tedavi sunmada yetersiz kalabilir (Mansell, Harvey, Watkins ve Shafran, 2009). Ayrıca, tanılar üstü modelin klinik uygulamada etkili bir şekilde uygulanabilmesi için klinisyenlerin geleneksel tanı sistemlerine göre daha fazla bilgi ve deneyime sahip olması gerekmektedir. Bu durum, özellikle mesleğe yeni başlayan klinisyenler için bir zorluk oluşturabilir (Harvey, Watkins, Mansell ve Shafran, 2004). Tanılar üstü yaklaşımın biyolojik belirteçlerle tam uyum göstermemesi de bir diğer sınırlaması olarak görülmektedir. Geleneksel kategorik sistemler, genetik ve nörolojik farklılıkları daha iyi açıklarken, tanılar üstü model bu konuda yetersiz kalabilir (Kapur, Phillips ve Insel, 2012). Kültürel ve bireysel farklılıkların göz ardı edilme riski de tanılar üstü yaklaşımın bir diğer önemli sınırıdır. Ortak mekanizmalara odaklanması nedeniyle, farklı toplumlarda yaygın olan stres faktörleri veya bireylerin kendine özgü psikolojik yapıları gözden kaçırılabilir (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer ve Fang, 2012).

Sonuç olarak, tanılar üstü yaklaşım, psikolojik bozuklukları anlamada ve tedavi etmede yenilikçi ve kapsamlı bir perspektif sunmaktadır. Bu yaklaşım, bireysel farklılıkları dikkate alarak daha entegre ve kişiselleştirilmiş tedavi yöntemleri geliştirilmesine olanak

tanımlanmaktadır. Ancak, bu avantajların yanında, uygulama zorlukları ve tanınal kesinliğin azalması gibi sınırlamaların da dikkate alınması gerekmektedir. Tanılar üstü yaklaşımın etkisini artırmak için hem teorik hem de uygulamalı çalışmaların devam etmesi büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda tanılar üstü faktörler olarak değerlendirilen ve bu tez kapsamında da ele alınan belirsizliğe tahammülsüzlük ve duygu düzenleme güçlükleri kavramları aşağıda daha detaylı açıklanmaktadır.

2.2.1. Belirsizliğe Tahammülsüzlük

Genel olarak gelecekle ve geleceğin kaçınılmaz olarak belirsiz olmasıyla ilişkilendirilse de bazen geçmişte yaşanmış olayların hatırlanmasıyla bazen de mevcut yani “şimdiki an” deneyimleriyle de ilişkili olabilen belirsizlik, bilgi eksikliği nedeniyle ortaya çıkan ve çoğu zaman beraberinde getirdiklerini (örn.; kaygı, endişe, geleceğin tahminini zorlaştırması ve dolayısıyla kontrol kaybı algısı vb.) ortadan kaldırmaya çalıştığımız bir kavramdır ancak bazen de beraberinde getirdiklerinden ötürü (örn.; heyecan, merak, canlılık hissi ve adrenalin hissi vb.) bilinçli olarak aradığımız durumlar yaratabilmektedir (Osmanağaoğlu, 2024). Bazen belirlediği bağlamla birlikte belirsizliğe farklı tepkiler verilebilmektedir fakat çoğu zaman belirsizliğe verdiğimiz tepkiler anlamında da bireysel olarak birbirimizden farklılaşmaktayız. Aslında hepimizin yaşamının kaçınılmaz bir parçası olan belirsizlik, bireysel bazı farklılıklarımızdan ötürü (örn., belirsizliğe dair algılarımız vb.) farklı şekillerde tepkiler göstermemize neden olabilmektedir. Bu bireysel farklılığı açıklamaya çalışan bir kavram olarak ise karşımıza belirsizliğe tahammülsüzlük çıkmaktadır.

Belirsizliğe Tahammülsüzlük (BT), ilk defa Freeston ve arkadaşları (1994) tarafından bireyin belirsiz durumlara karşı geliştirdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkileri içeren geniş bir yapı olarak tanımlanmıştır. Bu tanım ile yıllar içinde pek çok eleştiri almış ve kavramsal gelişimi sırasında pek çok farklı şekilde (örn.; bilişsel bir özellik, karakter eğilimi vb.) tanımlanmaya çalışılmıştır (bkz. Birrel ve ark., 2011). En güncel, kapsamlı ve kabul gören tanımı ise “bireyin içinde bulunduğu durumda algıladığı belirgin, temel veya yeterli bilgi eksikliğinin ya da yokluğunun tetiklediği arzu edilmeyen içsel duygu durumuna dayanma eğiliminin yetersizliği” şeklindedir (Carleton, 2016, s.31). Bu tanımla paralel araştırma bulguları şöyle sıralanabilir; BT düzeyi yüksek olan bireyler, belirsiz durumları daha tehdit edici bir şekilde algılama ve yorumlama eğilimi göstermekte (Rassin ve Muris, 2005; Dugas ve ark., 2005), BT düzeyinin manipüle edilmesiyle bireylerde kaygı seviyesi yükselmekte (Ladouceur ve ark., 2000), ve BT düzeyi yüksek bireylerin belirsizliği çözmek

ya da kaçmak adına işlevsel olmayan davranışlarda (Bensi ve Giusberti, 2007; Jacoby ve ark., 2014) bulunmaktadır.

BT, tıpkı kavramsallaştırılmasında yıllar içinde birçok değişime uğradığı gibi, başlangıçta yalnızca yaygın kaygı bozukluğuna özgü bir değişken olarak değerlendirilmiş fakat zaman içinde farklı psikopatolojilerle de bağlantılı olduğu görülmüştür. Bu psikopatolojiler arasında obsesif-kompulsif bozukluk (Tolin ve ark., 2003; Holaway ve ark., 2006) sosyal kaygı bozukluğu, panik bozukluk, depresyon (Carleton ve ark., 2007; McEvoy ve Mahoney, 2011), psikoz (Garety ve ark., 2005), ve otizm (Jenkinson ve ark., 2020) gibi bozukluklar bulunmaktadır. Bu anlamda da bir faktörün tanımlar üstü olarak değerlendirilebilmesi için gereken bir kriteri (en az dört farklı psikopatolojide gözlemlenmeli) karşılamaktadır. Bir faktörün tanımlar üstü olarak değerlendirilebilmesi için gereken bir diğer kriter de hem klinik hem de klinik olmayan örneklerde görülmesidir ki BT yukarıda örnekleri verildiği gibi klinik örneklerde ortaya çıkmaktadır. Klinik olmayan örneklerde de görülebilen bir değişken olan BT (Carleton ve ark., 2012) bu kriteri de sağlamaktadır. Temel olarak bir faktörün tanımlar üstü olarak değerlendirilmesi için klinik olmayan örneklerde de görülmesi gerekmesinin altında yatan neden, bir değişkenin sadece bir hastalık ya da bozuklukla sınırlı kalmaması, bu değişkenin farklı bireylerde, farklı koşullar altında da etkili bir şekilde işleyebilmesidir. Bu, söz konusu değişkenin daha genel ve evrensel bir psikolojik mekanizma ya da süreç olabileceğini düşündürür. Böylece, değişkenin klinik ve klinik olmayan bireylerde gözlemlenmesi, onun psikolojik sağlık durumundan bağımsız olarak geniş bir etki alanına sahip olduğunu gösterir ki bu da daha geniş bir psikolojik dinamiğin parçası olduğunun anlaşılmasını sağlar. Bu anlamda bir değişkenin tanımlar üstü olarak nitelendirilebilmesi için son kriter de gözlemlendiği bozukluklarda nasıl ortaya çıktığının açıklanmış olması gerekliliğidir. Bu kriter, değişkenin farklı psikopatolojilerdeki rolünün ve işleyiş mekanizmasının anlaşılmasını sağlama amacı taşımaktadır. Bu anlamda BT'nin farklı psikopatolojilerle bağlantılı olduğu gösterilen çalışmalar (örn.; Tolin ve ark., 2003; Holaway ve ark., 2006; Carleton ve ark., 2012) incelendiğinde, BT'nin çeşitli bozukluklarda nasıl işlediği, hangi mekanizmalarla ortaya çıktığı ve bireylerin psikolojik durumlarını nasıl etkilediği üzerine yapılan araştırmalar önem kazanmaktadır. Henüz başlangıç aşamasında gibi görülen bu çalışmalar BT'nin kaygı bozukluklarında belirsiz durumlara karşı aşırı tepki ve kaçınma davranışları şeklinde kendini gösterdiğini (Boelen ve Reijntes, 2009), depresyonda ise belirsizliğin yarattığı çaresizlik ve umutsuzluk duyguları ön planda olabileceğini (McEvoy ve ark., 2019) göstermektedir. Psikoz

gibi daha ağır psikopatolojilerde ise belirsizliğe tahammülsüzlük, gerçeklik algısının bozulması ve paranoid düşüncelerle ilişkili olabileceği tezi yatmaktadır (Garety ve ark., 2005). Bu açıklamalar bir yandan BT'nin farklı psikolojik bozukluklarda nasıl bir rol oynadığını ve bu bozuklukların temelinde yatan ortak bir mekanizma olabileceğini gösterirken, diğer yandan bir faktörün tanılar üstü olarak kabul edilebilmesi için gerekli son kriteri de sağladığını ortaya koymaktadır.

Bireylerin bilinmeyen durumlar karşısında gösterdikleri duygusal ve bilişsel tepkileri ifade eden ve tanılar üstü bir yapı olan BT, 30 yılı aşkın bir sürede gelişen Somatik Hata Kuramı (Freeston ve Komes, 2023) çerçevesinde açıklanmaya çalışılmıştır. Bu kuram, BT'yi evrimsel bir bakış açısıyla ele alarak, belirsizliğin bireyler üzerindeki fizyolojik etkilerini ve bu etkilerin psikolojik süreçlerle olan ilişkisini açıklamayı hedeflemektedir. Kuram, özellikle güvenlik ve tehdit algıları bağlamında belirsizliğin nasıl işlendiğini ve bunun bireylerin davranışsal tepkilerini nasıl şekillendirdiğini incelemektedir. Bu kurama göre, belirsizlik durumlarında bir güvenlik açığı riski bulunmaktadır ve bu risk de hayatta kalma güdüsünü gündeme getirmektedir. Güvenlik açığı algısı da hayatta kalmak adına bir dizi davranışsal tepkiler üretmek için sinir sistemini harekete geçirmektedir. Genel olarak sinir sistemi hem çevresel hem de içsel sinyaller aracılığıyla sürekli bir bilgi akışı sağlamakta, bu bilgiler ışığında geleceğe yönelik tahminlerde bulunmakta ve bu tahminlerin de doğruluklarını test etmektedir (Friston, 2010; Knill ve Pouget, 2004). Ancak, tahmin edilen durum ile olan durum arasında bir tutarsızlık ortaya çıktığında, somatik hata olarak adlandırılan fizyolojik bir rahatsızlık hissi oluşmaktadır (Freeston ve Komes, 2023). Somatik hataların küçük olması, sinir sisteminin öğrenme sürecinin bir parçası olarak kabul edilir. Ancak büyük tutarsızlıklar, düzeltici eylemler gerektirir ve bu süreç psikolojik rahatsızlıkların artmasına neden olabilir. Özellikle, belirsizlik durumlarında bireylerin güvenlik algılarının zayıflaması, stres tepkilerinin artmasına ve bu durumun çeşitli davranışsal sonuçlara yol açmasına neden olabilmektedir (Khalsa ve Feinstein, 2018). BT de bu sürecin bir parçası olarak bireylerin belirsizlik karşısında gösterdikleri olumsuz değerlendirmeler ve düzeltici eylemler kapsamında psikopatolojik süreçlerin gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır.

2.2.2. Duygu Düzenleme

Duygular, yaşamın neredeyse her anına eşlik eden ve tüm insanlar tarafından evrensel olarak deneyimlenen olgulardır. Ancak bu evrenselliklerine rağmen, duyguları açık ve net bir şekilde tanımlamak kolay olmamıştır. İnsanlık tarihi boyunca duygular, bilimsel

araştırmaların ilgi odağında yer almış ve farklı kuramsal çerçeveler içinde ele alınmıştır. Bu alandaki görüşler oldukça çeşitlidir. Bazı araştırmacılar duygu kavramının tanımsal olarak belirsiz ve sınırlarının muğlak olduğunu savunurken, bazıları ise duyguları, bilişsel, fizyolojik ve davranışsal bileşenleri içeren karmaşık psikolojik süreçler olarak değerlendirmiştir. Bu farklı bakış açıları, duygu kavramının çok boyutlu ve karmaşık olduğunu ortaya koymaktadır. Nitekim Paul ve Anne Kleinginna da 1981 yılında gerçekleştirdikleri kapsamlı çalışmalarında bu duruma dikkat çekmişlerdir. Araştırmalarında, duyguya ilişkin literatürde yer alan 11 farklı kategoride toplam 92 tanımı incelemiş ve bu çeşitliliğin ardından kendi tanımlarını ortaya koymuşlardır. Buna göre duygu, nöral ve hormonal sistemler tarafından düzenlenen; öznel ve nesnel faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıkan bir süreçtir. Bu süreç, kişide uyarılma durumu yaratır, zevk ya da hoşnutsuzluk gibi deneyimlere yol açar. Aynı zamanda bilişsel değerlendirme ve etiketleme süreçlerini içerir, fizyolojik tepkilere neden olur ve çoğunlukla hedef odaklı, uyum sağlayıcı davranışların ortaya çıkmasını sağlar. Tüm bu yönleriyle duygu, yalnızca içsel bir his değil, aynı zamanda organizmanın çevresiyle kurduğu etkileşimde kritik bir rol oynayan çok boyutlu bir olgu olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle, araştırmalar sıklıkla duygunun temel bileşenleri ve ortaya çıkış süreçleri üzerine odaklanmaktadır. Duygusal bir tepkinin ortaya çıkabilmesi için öncelikle bir "durumun" varlığı gereklidir. Bu durum, dış dünyada gerçekleşen somut bir olay olabileceği gibi, bireyin içsel yaşantılarına ilişkin bir beklenti ya da düşünce de olabilir. Ancak her durum otomatik olarak duygusal bir tepkiyi tetiklemez.

Duyguların oluşum sürecinde durumsal etkenlerin yanı sıra dikkat ve değerlendirme gibi bilişsel süreçler de belirleyici rol oynamaktadır (Nemer ve Gross, 2010). Örneğin; bireyler çevrelerinde sürekli olarak çeşitli uyaranlara maruz kalmaktadır fakat her birine tepki vermek hem bilişsel açıdan yorucu hem de pratik açıdan sürdürülemez olurdu. Bu bağlamda, bireyin bir duruma duygusal tepki verip vermeyeceği, öncelikle o duruma dikkatini yöneltip yöneltmemesine bağlıdır. Dikkat süreci devreye girmediği sürece, herhangi bir olay duygusal bir tepki doğurmaz. Ancak dikkat süreci de tek başına yeterli değildir; duygusal tepkinin oluşabilmesi için bireyin bu durumu kendisiyle ilişkili biçimde değerlendirmesi de gereklidir. Yani dikkat alanına giren bir uyaran, birey tarafından öznel anlamlar yüklenerek değerlendirildiğinde duygusal tepki ortaya çıkar ve bu değerlendirmenin niteliği, tepkinin içeriğini belirler. Bu nedenle aynı durum, farklı bireylerde farklı duygusal tepkilere neden olabilir.

Duygusal tepki süreci; davranışsal (ör., yüz ifadeleri), deneyimsel (ör., öznel hisler) ve fizyolojik (ör., otonom sinir sistemi tepkileri) bileşenlerden oluşur (Werner ve Gross, 2010). Bu çok katmanlı ve dinamik süreç, ilk bakışta karmaşık görünse de temel işlevi bireyin çevresiyle olan etkileşimlerini düzenlemek ve uyumu sağlamaktır (Frijda ve Mesquita, 1998). Duygular, karar alma süreçlerini destekler ve çevresel uyaranlara uygun davranışların ortaya çıkmasına katkıda bulunur, kişilerarası ilişkilerin kurulmasını ve sürdürülmesini kolaylaştırır (Gross, 2014; Gross ve Thompson, 2007). Ancak duygular, işlevsel niteliklerine rağmen, yoğunluğu, süresi ya da ortaya çıktığı bağlam açısından uyumsuzluk gösterdiklerinde, birey için işlevsel olmaktan çıkarak rahatsızlık verici ve uyum bozucu hale gelebilir (Werner ve Gross, 2010). Bu doğrultuda, bireyin içsel dengesini yeniden sağlamak amacıyla duygularını düzenleme ihtiyacı ortaya çıkar (Gross, 2014).

Duygu düzenleme, bireyin deneyimlediği duygulara yönelik değişimleri ifade eden bir süreçtir. Bu değişimler, duygunun türü, şiddeti ve süresi gibi doğrudan duygusal özellikleri kapsayabileceği gibi hafıza, sosyal etkileşim gibi diğer bilişsel ve kişilerarası süreçleri de içerebilmektedir (Gross, 1998; Thompson, 1994; Cole, Martin ve Dennis, 2004). Duygu düzenleme süreci, bireyin duygularını yönetebilmek amacıyla ortaya koyduğu bilinçli ve aktif çabaları içermekte ve bu sürece ilişkin üç temel özellik öne çıkmaktadır (Gross ve Thompson, 2007; Koole, 2010). İlk olarak, bireyler hem olumlu hem de olumsuz duygular üzerinde düzenleyici bir etki oluşturma kapasitesine sahiptir. İkinci olarak, duygu düzenleme biçimleri genellikle bilinçli süreçler olarak başlasa da zamanla otomatikleşebilmektedir. Üçüncü olarak ise, herhangi bir duygu düzenleme stratejisinin baştan olumlu ya da olumsuz sonuçlar doğuracağı önceden kesin olarak öngörülemez (Gross ve Thompson, 2007).

Duygu düzenlemeye ilişkin farklı kuramsal modeller geliştirilmiştir. Örneğin Parkinson ve Totterdell (1999), duygu düzenleme stratejilerini iki temel kategoriye ayırarak bilişsel temelli ve davranışsal temelli stratejiler olarak sınıflandırmaktadır. Benzer şekilde Aldao ve Dixon-Gordon (2014), bu stratejilerin bireyin dışsal olarak sergilediği davranışlara mı yoksa içsel süreçlerine mi dayandığına göre açık (overt) ve örtük (covert) stratejiler olarak bir ayrım önermektedir. Diğer taraftan Garnefski ve arkadaşları (2001), bilişsel duygu düzenleme sürecine odaklanarak dokuz farklı stratejiyi tanımlamışlardır: öz-eleştiri, kabullenme, zihinsel geniş (ruminasyon), durumu analiz etme, olumlu yönle odaklanma, çözüm odaklı düşünme, olumlu yeniden değerlendirme, felaketleştirme ve başkalarını suçlama. Bununla birlikte bazı araştırmacılar duyguların çoğu zaman sosyal etkileşimler sırasında ortaya çıkması sebebiyle (Andersen ve Guerrero, 1998; De Rivera, 1984; Oatley ve

Johnson-Laird, 1987) duygu düzenleme süreçlerinin de bireyin yalnızca içsel dinamikleriyle sınırlı kalmayacağını, aynı zamanda kişiler arası bağlamlarında da devreye girebileceğini belirtmektedir (Gross ve ark., 2006). Bu çerçevede Zaki ve Williams (2003), da duygu düzenlemeyi içsel (intrapersonal) ve kişiler arası (interpersonal) olmak üzere iki düzeyde incelemeyi önermiştir.

Duygu düzenleme güçlüğü ise, bireyin duygularına yönelik bilinçli farkındalık geliştirmekte yetersiz kalması, duygusal deneyimlerini anlama ve kabul etmede zorlanması, olumsuz duygulanım anlarında dürtü kontrolünü sürdürme ve amaç yönelimli davranışlara odaklanmada güçlük yaşaması ile duygu düzenleme stratejilerine erişimde yetersizlik göstermesi gibi çeşitli boyutlarla tanımlanmaktadır (Gratz ve Roemer, 2004). Duygu düzenlemeye ilişkin beceriler ise Berking ve Whitley (2014) tarafından geniş bir çerçevede ele alınmış; farkındalık kazanma, duyguları adlandırma, anlamlandırma, değiştirme, kabullenme ve bu duygularla yüzleşmeye hazırlıklı olma gibi unsurlara vurgu yapmışlardır. Bu bağlamda duygular, uygun biçimde düzenlendiklerinde işlevsel sonuçlar doğurabilmekteyken, etkisiz düzenleme durumlarında bireyin işlevselliğini olumsuz yönde etkileyebilecek sonuçlara da yol açabilmektedir (John ve Gross, 2004). Bu noktada belirleyici olan, bireyin kullandığı duygu düzenleme biçimidir (Denollet, Nyklicek ve Vingerhoets, 2008). Gross ve Munoz (1995), etkin bir duygu düzenlemenin psikolojik iyi oluşun temel yapı taşlarından biri olduğunu vurgulamaktadır.

Nitekim yapılan araştırmalar, duygu düzenleme yetersizliklerinin bireyin psikolojik sağlığı ve genel iyilik hali üzerinde olumsuz etkiler oluşturabileceğini göstermektedir. Örneğin; duygu düzenlenmede güçlük, özellikle kaygı ve duygu-durum bozukluklarında klinik görünümün önemli bir bileşeni olarak değerlendirilmektedir (Campbell-Sills ve Barlow, 2007; Gibb ve ark., 2001; Hankin, 2005; Maciejewski ve Mazure, 2006; Mennin, Heimberg, Turk ve Fresco, 2002). Bununla birlikte, duygu düzenleme güçlüğü'nün travma sonrası stres bozukluğu (Cloitre, 1998), madde kullanımı (Hayes, Wilson, Gifford, Follette ve Strosahl, 1996), dissosiyatif belirtiler (Briere, 2010), kendine zarar verme davranışları (Gratz ve Gunderson, 2006; Gratz ve Chapman, 2007), yeme bozuklukları (Sim ve Zeman, 2006; Whiteside ve ark., 2007) ve sınırda kişilik bozukluğu (Gratz ve ark., 2006; Linehan, 1993) gibi çeşitli psikopatolojilerle de ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Bu anlamda da duygu düzenleme, bir faktörün tanımlar üstü olarak değerlendirilebilmesi için gereken bir kriteri (en az dört farklı psikopatolojide gözlemlenmeli) karşılamaktadır. Bir faktörün tanımlar üstü olarak değerlendirilebilmesi için gereken bir diğer kriter de hem klinik hem de klinik olmayan

örneklemlerde görülmesidir ki duygu düzenleme yukarıda örnekleri verildiği gibi klinik örneklemlerde ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte duygu düzenleme, yalnızca klinik popülasyonlarda değil, aynı zamanda klinik olmayan (toplum temelli) örneklemlerde de gözlemlenebilen ve değişkenlik gösterebilen bir yapıdır. Nitekim, Aldao, Nolen-Hoeksema ve Schweizer (2010) tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasında, duygu düzenleme stratejilerinin sadece psikopatoloji ile ilişkili bireylerde değil, genel popülasyonda da farklı düzeylerde kullanıldığı ve psikolojik belirtilerle ilişkili olduğu rapor edilmiştir. Bu bulgular, duygu düzenlemenin tanılar üstü bir yapı olarak değerlendirilebilmesi açısından önemli bir dayanak oluştursa da bir değişkenin tanılar üstü olarak kabul edilebilmesi için yalnızca birden fazla psikopatolojide ve hem klinik hem de klinik olmayan örneklemlerde gözlemlenmesi yeterli değildir. Aynı zamanda bu değişkenin, her bir bozuklukta nasıl işlev gördüğünün ve belirtiler üzerindeki etkisinin açıklanmış olması da gerekmektedir (Mansell ve ark., 2009). Bu bağlamda duygu düzenleme, farklı psikopatolojilerdeki işlevselliği kapsamlı biçimde açıklanmış bir yapı olması nedeniyle bu ölçütü de karşılamaktadır. Örneğin, yaygın kaygı bozukluğunda bireylerin yoğun endişe duygularını bastırmak ya da kontrol etmek amacıyla bastırma ve kaçınma gibi etkisiz duygu düzenleme stratejilerine başvurdukları gösterilmiştir; bu stratejiler kısa vadeli rahatlama sağlarken, uzun vadede endişenin sürmesine katkıda bulunmaktadır (Mennin ve ark., 2002). Benzer şekilde, depresyon tanısı alan bireylerin ruminasyon gibi uyumsuz duygu düzenleme stratejilerine yönelme eğiliminde oldukları ve bunun depresif semptomları artırdığı belirtilmiştir (Nolen-Hoeksema, 2000). Sınırdaki kişilik bozukluğu olan bireylerde ise yoğun duygulara tepki olarak dürtüsel davranışlar ve kendine zarar verme gibi işlevsiz stratejilerin sıklıkla kullanıldığı ve bu durumun duygusal istikrarı bozduğu bildirilmiştir (Linehan, 1993; Gratz ve ark., 2006). Bu örnekler, duygu düzenlemenin çeşitli psikopatolojilerde nasıl işlediğine dair açıklamaların mevcut olduğunu ve bu yönüyle tanılar üstü bir süreç olarak değerlendirilmesi için gereken tüm kriterleri karşıladığını göstermektedir.

Sonuç olarak, duygu düzenleme hem sağlıklı işleyişin sürdürülmesinde hem de psikopatolojik süreçlerin anlaşılmasında merkezi bir rol oynamaktadır. Bireyin duygularını tanıma, değerlendirme ve yönetme becerisi yalnızca psikolojik dayanıklılık ve uyum açısından değil, aynı zamanda çeşitli ruhsal bozuklukların gelişimi, sürdürülmesi ve tedavi süreci açısından da kritik öneme sahiptir. Duygu düzenleme süreçlerinin çok boyutlu yapısı, bu kavramın yalnızca bireysel bir özellik olarak değil, aynı zamanda sosyal bağlamda şekillenen ve değişkenlik gösteren dinamik bir sistem olduğunu ortaya koymaktadır.

Literatürde yer alan bulgular, duygu düzenlemenin yaygın ve spesifik psikopatolojilerle ilişkili olduğunu ve hem klinik hem de klinik olmayan örneklerde işlevselliği etkileyen belirleyici bir faktör olarak ortaya çıktığını göstermektedir (Aldao ve ark., 2010; Gross, 2014; Mansell ve ark., 2009). Bu yönüyle duygu düzenleme, tanılar üstü bir süreç olarak hem kuramsal hem de klinik bağlamda dikkate alınması gereken temel yapılardan biri olarak değerlendirilmektedir.

2.3. İlgili Araştırmalar

Çalışmanın bu bölümünde, öncelikle KOB ile BT arasındaki ilişkiyi inceleyen alanyazın çalışmalarına yer verilecektir. Bu kapsamda, KOB ve BT arasındaki etkileşimi açıklamaya yönelik kuramsal çerçeveler ve mevcut araştırma bulguları doğrultusunda ilgili literatür aktarılacaktır. Devamında, KOB ile DD arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalara yer verilerek, KOB'nin duygu düzenleme süreçleri üzerindeki etkileri ve DD'nin kumar oynama davranışıyla olan ilişkisine dair mevcut bilgiler sunulacaktır.

2.3.1. Kumar Oynama Bozukluğu ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Araştırmaları

Belirsizliğe tahammülsüzlük pek çok farklı bozuklukta kendini göstermekte ve bu anlamda da tanılar üstü bir yapı olarak kabul edilmektedir. Öte yandan belirsizliğe tahammülsüzlüğün kumar oynama bozukluğundaki rolü, nasıl görüldüğü ve ne şekilde ortaya çıktığına daha detaylı değinmek uygun olacaktır. Belirsizliğe tahammülsüzlük, bireyin gelecekteki belirsiz veya öngörülemeyen durumları tehdit edici, rahatsız edici ya da kontrol edilemez olarak algılaması ve bu durumlardan kaçınma ya da onları ortadan kaldırma çabasıdır (Carleton, 2016). Günlük yaşamda karşılaştığımız ve çoğu zaman kontrol edilemeyen belirsizlikler, birçok birey için zorlayıcı olabilir. Öte yandan BT düzeyi arttıkça riskten kaçınma davranışlarının arttığı da gösterilmiştir (Carleton ve ark., 2016). Bu bağlamda düşünüldüğünde kumar oynama bozukluğu olan kişiler, özellikle sonucunun kestirilemediği, risk ve ödülün iç içe geçtiği durumlara karşı daha hassas hale gelebilir. Bu bireyler, kazanıp kazanamayacaklarını ya da ne zaman durmaları gerektiğini tam olarak bilemedikleri anlarda yoğun bir gerilim, heyecan veya kontrolsüzlük hissi yaşayabilirler. Belirsizliğin yarattığı bu psikolojik baskı, onların düşünmeden hareket etmelerine ve dürtüsel kumar oynama davranışlarını tekrar etmelerine zemin hazırlayabilir. Öte yandan belirsizliğin doğal olarak yarattığı bu durum, kumar bağımlılığı kapsamında BT ile nasıl

ilişkilendirilebileceğine dair araştırmalar ulusal alanyazında kısıtlı olmakla birlikte uluslararası alanyazında daha fazla yer tutmaktadır.

Uluslararası alanyazında KOB ve BT arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişkiler olduğu görülmektedir. Zhou ve arkadaşlarının (2022) gerçekleştirdiği çalışmada, BT'nin kumar oynama isteği ve kumar oynama sıklığı üzerinde doğrudan ve anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuş, ayrıca bir duygu düzenleme güçlüğü olarak değerlendirilen dürtüselliğin bu ilişki üzerinde tam aracılık rolü oynadığı gösterilmiştir. Bu durum, yüksek KOB düzeyine sahip bireylerin BT açısından daha yüksek risk altında olduğunu düşündürmektedir. Benzer şekilde, Luhmann ve arkadaşları (2011) BT düzeyi yüksek bireylerin, ödül beklentisi ve olasılık değerlendirmesi içeren karar verme süreçlerinde daha az optimal tercihler yaptıklarını ortaya koymuş, bu da BT'nin riskli karar verme davranışlarını etkileyebileceğini göstermiştir. Ayrıca Brevers ve arkadaşlarının (2015) fMRI çalışmasında, patolojik kumarbazların belirsizlik karşısında beyin aktivasyonlarının sağlıklı bireylerden farklılaştığı; özellikle ventromedial prefrontal korteks, anterior insula ve amigdala bölgelerinde anormal bir tepki verdikleri saptanmıştır. Bu bulgular, BT'nin sadece KOB ile ilişkili olmadığını, aynı zamanda KOB'un nöral temelinde etkili olabilecek bir özellik olduğunu desteklemektedir (Brevers ve ark., 2015). Bu kapsamda elde edilen sonuçlar, BT'nin KOB ile ilişkili olabileceğini ve bu ilişkinin duygusal düzenleme, dürtü kontrolü ve karar verme süreçleriyle aracılık edebileceğini göstermektedir. Bu nedenle, BT'nin KOB'un gelişiminde ve sürdürülmesinde önemli bir rol oynayabileceği düşünülmektedir.

BT yüksek olduğu durumlarda genellikle kaygı ve endişe ile ilişkili bulunmakla birlikte daha çok kaygı bozukluklarında karşımıza çıkmakta, düşük olduğu durumlarda risk alma ve dürtüsellikle ilişkili bulunmaktadır (Carleton, 2016). Riskli davranışlar ve dürtüsellikle yakından ilişkili olarak görülen KOB'da, kayıplarına rağmen kumar oynamaya devam eden bireylerin, sağlıklı kontrollere (kumar bağımlısı olmayan) göre belirsizliğe karşı daha duyarlı oldukları görülmüştür (Linnet ve ark., 2012). Benzer şekilde, sağlıklı kontrollere göre kumar bağımlılarının yüksek ödül ama aynı zamanda yüksek kayıp içeren olasılıklara daha güçlü bir şekilde yöneldikleri bulgulanmıştır (Brevers ve ark., 2014). Bu bulgular, genel olarak ödül belirsizliğine karşı hassaslığı yansıtır gibi görünmektedir. Kumar bağımlıları ile yapılan araştırmaların çoğu bu bireylerin riskli davranışlarını ödül belirsizliği kapsamında incelemektedir. Bu bulguların belirsizliğe tahammülsüzlük ile ilişkilendirilebileceği ise tartışmaya açıktır. Kumar bağımlılarından oluşan bir örneklem kullanılmamış olsa da Carleton ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışma yine bu noktada dikkate değer olmaktadır.

BT düzeyi arttıkça riskten kaçınma davranışlarının azaldığını gösteren bu çalışmada bu ilişkinin karmaşık görüldüğüne de dikkat çekilmiş ve klinik olarak önemli BT'nin riskli davranışları nasıl etkileyebileceğini anlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu vurgulanmıştır.

Kumar bağımlılığının tedavisinde ön plana çıkan farklı yaklaşımlar bulunmakla birlikte, çoğunda görülen ortak nokta ve temel hedef dürtülerle başa çıkma ve kontrol altına alma yönündedir (Rash ve Petry, 2014). Yukarda da bahsedildiği gibi riskli davranışları ortaya çıkaran dürtüsellik, kumar bağımlılığı çerçevesinde genellikle ödül belirsizliği sırasında ortaya çıkmaktadır. Bu anlamda dürtüsellğe odaklanan müdahale çalışmalarının sayısı oldukça fazla olsa da belirsizlik bağlamında ödül beklentisi ve hassasiyet ile bunun BT ile ilişkisi kapsamında herhangi bir çalışma olmadığı gibi tedavi müdahaleleri kapsamında araştırması da henüz bulunmamaktadır.

2.3.2. Kumar Oynama Bozukluğu ve Duygu Düzenleme Araştırmaları

Duygu düzenleme güçlükleri, birçok psikiyatrik bozuklukta gözlemlenen yaygın bir faktör olarak karşımıza çıkmakta ve bu yönüyle tanılar üstü bir yapı niteliği taşımaktadır. Kumar oynama bozukluğu bağlamında ise, bireylerin duygularını düzenlemedeki güçlüklerinin rolü, nasıl görüldüğü ve ne şekilde ortaya çıktığına daha yakından bakmak faydalı olacaktır. Duygu düzenleme, bireyin hem içsel deneyimlerini hem de dışsal tepkilerini dengeleme kapasitesini içerdiğinden, özellikle dürtü kontrolü ve stresle başa çıkma süreçlerinde belirleyici bir işlev üstlenebilmektedir. Bu becerilerle ilgili güçlükler, bireyin anlık rahatlama arayışıyla tekrarlayan kumar davranışlarına yönelmesine yol açabilmektedir (Williams, 2012). Kumar oynama bozukluğu, genellikle stres, sıkıntı ya da olumsuz duygulanımlar gibi tetikleyiciler karşısında kumarı bir baş etme mekanizması olarak kullanma eğilimine, bireyin hem olumsuz duyguları tolere etmesini zorlaştırmasına ve bu duyguları geçici olarak bastırmak amacıyla riskli davranışlara yönelmesine neden olabilir. Benzer şekilde belirsizlik bağlamında ortaya çıkan heyecan duygusunun da yoğunluğunun düzenlenememesi açısından da riskli davranışları beraberinde getirebilmektedir. Kumar oynama davranışı, kısa vadede duygusal gerilimden kaçış sağlayan bir araç gibi işlev görse de uzun vadede duygu düzenlemede güçlük yaşanması, kumar oynama bozukluğunun hem gelişimini hem de kronikleşmesini kolaylaştırabilir; aynı zamanda kişilerarası ilişkilerde, işlevsellikte ve yaşam doyumunda ciddi bozulmalara yol açabilir. Bu anlamda problemli kumar oynama davranışı gösteren bireyler arasında cinsiyet farklılıkları da görülmektedir.

Örneğin; erkekler, kumar oynama davranışlarını daha fazla heyecan arayışı ile açıklarken kadınlar, negatif duygusal durumlardan kaçınma arayışı ile tanımlanmışlardır (Ledgerwood ve Petry, 2006; Liu ve ark., 2009). Bu anlamda KOB ve DD arasındaki ilişki, literatürde giderek daha fazla araştırılan bir konu olarak da karşımıza çıkmaktadır.

Kumar oynama bağımlılığı ve duygu düzenleme arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalar üzerine yapılmış bir meta-analiz, DD ve KOB arasında pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki olduğunu göstermiştir (Velotti ve ark., 2021). Duygu düzenlemenin, KOB ve utanç arasındaki ilişkiye de aracılık ettiği yönünde bulgular mevcuttur (Jauregui ve ark., 2022).

Kumar bağımlılığı olan bireylerin hangi duygu düzenleme stratejilerini ağırlıklı olarak kullandıklarını inceleyen çalışmalara bakıldığında yeniden değerlendirmenin, bireylerin kumar ile ilgili düşüncelerini daha sağlıklı bir şekilde şekillendirdiği ancak negatif dürtülerle karşılaşıldığında bastırmanın daha sık tercih edildiği bulunmuştur (Jara-Rizzo ve ark., 2019). Bir başka çalışmada ise kumar bağımlılarının yeniden değerlendirme, ruminasyon ve başkalarını suçlama stratejilerini yoğun olarak kullandıkları tespit edilmiştir (Ruiz de Lara ve ark., 2019). Problemlili kumar oynama davranışı olan ve olmayan bireylerin karşılaştırıldığı bir çalışmada ise problemlili kumar oynama davranışı bulunan bireylerin, diğerlerine kıyasla bastırmayı daha yoğun kullandıkları, yeniden değerlendirmeyi ise daha düşük seviyelerde kullandıkları tespit edilmiştir (Marchica ve ark., 2019). Benzer bir bulguya Williams ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada da rastlanmaktadır. Patolojik kumar oynama davranışı gösteren ve göstermeyen bireyler arasında yaptıkları bu karşılaştırmada, patolojik kumar oynayan kişilerin yeniden değerlendirme gibi adaptif duygu düzenleme stratejilerini daha az kullandıklarını gözlemlemişlerdir. Tüm bu sonuçlar bir arada ele alındığında yeniden düzenleme olarak adlandırılan duygu düzenleme stratejisinin her çalışmada tutarlı bir şekilde Kumar Oynama Bozukluğunda rol oynadığı görülmektedir. Yeniden değerlendirme, genellikle adaptif bir duygu düzenleme stratejisi olarak kabul edilse de, kumar bağımlılığı bağlamında bireylerin yanlış inançlarını pekiştiren bir etkiye sahip olabilir. Bu durum, kumarbazların bilişsel çarpıtmalarının bir sonucu olarak, yeniden değerlendirmenin olumsuz bir şekilde işlev görebileceğini ve kumar oynamaya devam etmelerini pekiştirebileceğini düşündürmektedir.

KOB ile ilgili tedavi çalışmalarına bakıldığında, çoğu tedavi protokolünün duygu düzenlemeye yönelik bileşenlerden yoksun olduğu görülmekle birlikte son yıllarda yapılan bir çalışmanın bu literatür eksikliğini gidermeye çalıştığı görülmüştür. Haftalık seanslarla

sekiz oturum olarak tasarlanmış bir grup terapisinde KOB ile ilgili terapi arayışında olan bireyler (N=21) hem tedavi öncesinde hem de tedavi sonrasında kumar bağımlılığı açısından değerlendirilmiştir. Hem öz-bildirim ölçeği hem de klinik görüşme yöntemleriyle değerlendirildiğinde kumar bağımlıların oranında ve KOB belirtilerinin sayısında belirgin bir düşüş gözlemlenmiş ve duygusal süreçlere ilişkin farkındalığın artması ve zorlayıcı duygularla başa çıkma stratejileri tedavinin faydalı bileşenleri olarak öne çıkmıştır (Mansson ve ark., 2022). Bir başka tedavi çalışması ise sadece tedavi protokolü ve dizayn olarak yayınlanmış fakat çalışmanın sonuçları henüz paylaşılmamıştır. Kontrol grubu da kullanmayı planlayan bu çalışma, 134 katılımcıya (67 deney grubu ve 67 kontrol grubu olmak üzere 134 kumar bağımlısı) ulaşmayı hedeflemektedir. BDT'nin genişletilmiş bir uygulaması olan bu protokolde bulunan basamaklardan bir tanesi duygu düzenleme olarak ayarlanmış ve katılımcılardan tedavi başlangıcında, tedavi sonrasında 3. ay, 6. ay ve 12. ayda sadece kumar bağımlılığı belirtileri açısından değil duygu düzenleme becerilerinin de değerlendirmeye alındığı daha güçlü bir dizayn önermiştir (Diaz-Sanahuja ve ark., 2021).

Özetle, özellikle dürtüsellik, kaçınma ve ruminasyon gibi duygu düzenleme stratejilerindeki bozulmalar, bireylerin kumar davranışını bir başa çıkma mekanizması olarak benimsemelerine yol açabilmekte ve KOB'un sürdürülmesine katkıda bulunabilmektedir. Duygu düzenleme ile ilgili güçlüklerin KOB'da önemli bir rolü olduğu bilinmekle birlikte duygu düzenlemenin KOB için nedensel bir faktör olduğunu söyleyebilmek için henüz yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle, henüz başlangıç aşamasında olan ve duygu düzenleme becerilerinin iyileştirilmesine de odaklanan tedavi çalışmalarının da KOB'un önlenmesi ve azaltılmasında kritik bir hedef olabileceği öne sürülebilir.

III. BÖLÜM

3. YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde, bu tez çalışmasında kullanılan araştırma modeli, araştırmanın örnekleme, araştırmada kullanılan veri toplama araçları ve elde edilen verileri analiz etmek için kullanılan veri analiz yöntemlerine değinilmektedir.

3.1. Araştırma Modeli

Genç yetişkinlerde kumar oynama bozukluğu, belirsizliğe tahammülsüzlük ve duygu düzenleme değişkenlerinin incelendiği bu tez çalışmasında nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama ve karşılaştırma modelleri kullanılmıştır. Nicel araştırma, gözlemlenebilir olgulara dayalı olarak sayısal verilerin toplandığı ve bu verilerin istatistiksel analizler aracılığıyla değerlendirildiği sistematik bir araştırma yaklaşımıdır (Creswell, 2014). Bu yaklaşım, değişkenler arasındaki ilişkileri nesnel biçimde ortaya koymayı ve elde edilen bulguların genellenebilirliğini sağlamayı amaçlar. Bu çalışmada kullanılan nicel araştırma modellerinden ilki olan ilişkisel tarama modeli, birden fazla değişken arasındaki ilişkileri incelemeye yönelik bir desendir. Bu modelde değişkenler, herhangi bir müdahalede bulunulmaksızın doğal ortamlarında ölçülmekte ve istatistiksel yöntemlerle analiz edilmektedir (Karasar, 2022). Bu bağlamda, bu araştırma kapsamında kumar oynama bozukluğu ile belirsizliğe tahammülsüzlük ve duygu düzenleme güçlükleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Çalışmada kullanılan bir diğer model olan karşılaştırma modeli ise, belirli değişkenler açısından belirli açılardan birbirinden ayrı özellikler gösteren gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık olup olmadığını belirlemeye yönelik bir araştırma desendir (Karadeniz ve ark., 2020). Bu doğrultuda, örneklem grubu katılımcıların kumar oynama bozukluğu açısından yüksek risk altında olan ve yine kumar oynama bozukluğu açısından hiçbir şekilde risk taşımayan bireylerden oluşan alt gruplara ayrılmış ve bu gruplar belirsizliğe tahammülsüzlük ile duygu düzenleme güçlükleri bakımından karşılaştırılmıştır.

3.2. Örneklem

Bu tez çalışmasının araştırma sorularına uygun bir şekilde yanıt verebilmek adına iki farklı örnekleme yöntemi kullanılmıştır ve her yöntemde ulaşılması planlanan bireylerin genç yetişkinlerden (18-32 yaş) oluşan bir örneklem olmasına dikkat edilmiştir. Kullanılan

örnekleme yöntemlerinden biri kartopu örnekleme yöntemi, diğer ise amaçlı örnekleme yöntemidir.

Kartopu örnekleme, özellikle belirli bir özelliğe sahip bireyler belirlendikten sonra bu kişilerin tanıdığı ve benzer özelliklere sahip olabilecek bireyleri önermeleri istendiği bir yöntemdir. Bu şekilde örnekleme, öneriler yoluyla aşamalı olarak genişletilir (Etikan, Musa, ve Alkassim, 2016). Bu çalışmada da ilk olarak, genç yetişkin popülasyonunun genel eğilimlerini yansıtmak amacıyla kartopu örnekleme yöntemi kullanılmış ve 18-32 yaş arası genel popülasyona ulaşılmıştır. Bu örnekleme yaklaşımı, araştırma konusu açısından uygun bireylere yaygın erişim sağlayabilme potansiyeli taşıyan sosyal ve akademik çevrelerin kullanılması esasına dayanmaktadır.

Bu tez çalışmasının odak noktasını oluşturan sorulardan bir kısmı kumar oynama bozukluğu açısından yüksek risk taşıyan bireylere ulaşmayı gerekli kılmaktadır. Bu gibi sorulara yanıt verebilmek adına ihtiyaç duyulan örnekleme büyüklüğünü hesaplamak için öncelikle G*Power analizinden yararlanılmıştır (Faul ve ark., 2007). Bu analiz sonucunda her bir grupta (kumar bağımlılığı açısından yüksek risk taşıyan ve hiç risk taşımayan bireyler) en az 51 katılımcı olması gerektiği görülmüştür. Bu sayıya, geleneksel .05 istatistiksel anlamlılık kriteri baz alınarak, orta düzeyde bir etki büyüklüğünün %80'ini tespit edebilmek amacıyla yapılan bu güç analizinden sonra ulaşılmıştır. Bu anlamda, özellikle kumar bağımlılığı açısından yüksek risk taşıyan en az 51 kişiye ulaşabilmek için kumar oynama bozukluğunun toplumda görülme sıklığı verileri dikkate alınmış ve kartopu örnekleme yoluyla bu sayıya (N=51) ulaşıp ulaşılamayacağı değerlendirilmiştir. Son yıllarda yapılan sistematik inceleme çalışmalarında kumar oynama bozukluğunun toplumda yaşam boyu görülme sıklığının % 0.12 ile % 5.8 arasında değiştiği bilinmektedir (örn.; Calado ve Griffiths, 2016; Gabellini ve ark., 2023). Bu oranın 18-32 yaş gibi daha kısıtlı bir yaş aralığında ne ölçüde değiştiğine ilişkin çalışmalar ise oldukça kısıtlıdır. Bu anlamda toplumdaki kartopu örnekleme yöntemi ile seçilen bir örnekleme ulaşılabilir ve kumar bağımlılığı açısından yüksek risk taşıyan bireylerin sayısının kısıtlı olacağı varsayılmış ve bu nedenle, araştırmanın amacına uygun biçimde, kumar bağımlılığı riski yüksek bireylere ulaşmayı hedefleyen ikinci bir örnekleme stratejisi (amaçlı örnekleme yöntemi) benimsenmiştir. Amaçlı örnekleme yöntemi çalışmanın amacına bağlı olarak bilgi açısından zengin durumların/bireylerin seçilerek derinlemesine araştırma yapılmasına olanak tanıyan bir yöntemdir (Etikan, Musa ve Alkassim, 2016). Araştırmanın temel amaçlarından biri, KOB açısından yüksek risk taşıyan bireyleri de ilgili psikolojik değişkenler açısından incelemek olduğundan, bu riski taşıma olasılığı daha yüksek

bireylerin yer alabileceği mecralardan (oyun siteleri, KOB tedavisi arayışında olan destek grupları vb.) faydalanılmaya çalışılarak, bu özelliklere sahip bireylere de ayrıca ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu özelliklere sahip bireylere ulaşabilmek için amaçlı örnekleme yöntemiyle seçilmiş olup, bu yöntem ile KOB açısından yüksek riskli bireylerin daha derinlemesine incelenebilmesine sağlanmaya çalışılmıştır. Bu yöntemsel yaklaşım sayesinde, hem genel örneklem üzerinden betimleyici verilere ulaşılmış hem de risk düzeyi yüksek bireyler ile risk taşımayan bireyler arasında karşılaştırmalı analizler yapılabilmektedir.

Çalışmada tüm veriler Google Forms üzerinden online anket yapılarak toplanmıştır. Kartopu örnekleme yöntemiyle 18-32 yaş arası bireylere, çeşitli üniversiteler, öğrenci grupları ve genç yetişkinlerin bulunduğu sosyal medya platformları üzerinden ulaşılarak, çalışmaya katılmaya davet edilmiştir. Amaçlı örnekleme yönteminde ise kumar oynama bozukluğu açısından yüksek risk taşıyan bireylere ulaşılmaya çalışılmış ve kumar bağımlılığıyla ilişkili olabilecek davranışları sergileyen bireylerin bulunabileceği çevrim içi platformlar, sosyal medya grupları ve çeşitli topluluklardan yararlanılmıştır. Tez boyunca bu iki örneklem grubuna ilişkin veriler ve analizler, -sonuçların yorumlanması açısından karıştırıcı olmaması amacıyla- ayrı ayrı verilmiştir.

Bu araştırmada kartopu örnekleme yöntemi ile ulaşılan bireylerin sayısı 475, amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak ulaşılan bireylerin sayısı ise 60'tır. İki örnekleme ait detaylı demografik veriler Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Araştırmada Kullanılan Örneklemelere Ait Bilgiler ve Demografik Özellikler

	Kartopu Örneklem	Amaçlı Örneklem	Tüm Örneklem
N	475	60	535
Kadın Sayısı	305 (%64,2)	0 (%0)	305 (%57)
Yaş (Ort ± SS)	22,62 (± 3,1)	24,83 (± 3,76)	22,87(± 3,25)
İlişki Durumu			
- İlişkisi Yok	263 (%55,4)	23 (%38,3)	286 (%53,5)
- İlişkisi Var	183 (%38,5)	28 (%46,7)	211 (%39,4)
- Evli	29 (%6,1)	9 (%15)	38 (%7,1)
Kişinin Eğitim Durumu			
- Okur-Yazar Değil	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)
- Okur-Yazar	1 (%0,2)	2 (%3,3)	3 (%0,6)
- İlkokul	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)

- Ortaokul	1 (%0,2)	8 (%13,3)	9 (%1,7)
- Lise	16 (%3,4)	15 (%25)	31 (%5,8)
- Üniversite Öğrencisi	346 (%72,8)	6 (%10)	352 (%65,8)
- Üniversite Mezunu	102 (%21,5)	24 (%40)	126 (%23,6)
- Yüksek Lisans Mezunu	9 (%1,9)	5 (%8,39)	14 (%2,6)
- Doktora Mezunu	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)

Anne Eğitim Durumu

- Okur-Yazar Değil	24 (% 5,1)	7 (%11,7)	31 (%5,8)
- Okur-Yazar	15 (%3,2)	7 (%11,7)	22 (%4,1)
- İlkokul	165 (%34,7)	14 (%23,3)	179 (%33,5)
- Ortaokul	100 (%21,1)	11 (%18,3)	111 (%20,7)
- Lise	101 (%21,3)	18 (%30)	119 (%22,7)
- Üniversite Öğrencisi	7 (%1,5)	0 (%0)	7 (%1,3)
- Üniversite Mezunu	59 (%12,4)	3 (%5)	62 (%11,6)
- Yüksek Lisans Mezunu	3 (%0,6)	0 (%0)	3 (%0,6)
- Doktora Mezunu	1 (%0,2)	0 (%0)	1 (%0,2)

Baba Eğitim Durumu

- Okur-Yazar Değil	5 (%1,1)	3 (%5)	8 (%1,5)
- Okur-Yazar	5 (%1,1)	2 (%3,3)	7 (%1,3)
- İlkokul	90 (%18,9)	11 (%18,3)	101 (%18,9)
- Ortaokul	95 (%20)	19 (%31,7)	114 (%21,3)
- Lise	147 (%30,9)	14 (%23,3)	161 (%30,1)
- Üniversite Öğrencisi	11 (%2,3)	1 (%1,7)	12 (%2,2)
- Üniversite Mezunu	110 (%23,2)	7 (%11,7)	117 (%21,9)
- Yüksek Lisans Mezunu	9 (%1,9)	3 (%5)	12 (%2,2)
- Doktora Mezunu	3 (%0,6)	0 (%0)	3 (%0,6)

Kişisel Gelir (Ort ± SS) 15,793 (± 32,431) 54,228 (± 57,814) 20,104 (± 38,082)

Aile Gelir (Ort ± SS) 46,619 (± 40,177) 108,042 (± 151,841) 53,507 (± 66,004)

Araştırmanın örneklemini, kartopu örnekleme (n = 475) ve amaçlı örnekleme (n = 60) yöntemleriyle ulaşılan toplam 535 katılımcıdan oluşmaktadır. Kartopu örnekleme katılımcıların %64,2'si (n = 305) kadın; amaçlı örnekleme katılımcı bulunmamakla birlikte tüm örnekleme katılımcıların %57 (n=305) olarak hesaplanmıştır. Tüm katılımcıların yaşları 18 ila 32 arasında değişmekte olup, kartopu örnekleminde yaş

ortalaması 22,62 (SS = 3,1), amaçlı örnekleme ise 24,83 (SS = 3,76) olarak belirlenmiştir. Tüm örneklem grubunun yaş ortalaması ise 22,87 (SS = 3,25) olarak hesaplanmıştır.

İlişki durumu bakımından, kartopu örnekleminde katılımcıların %55,4'ü (n = 263) herhangi bir ilişkisinin olmadığını belirtirken, %38,5'i (n = 183) romantik bir ilişki içerisinde olduğunu ve %6,1'i (n = 29) evli olduğunu ifade etmiştir. Amaçlı örneklem grubunda ise ilişkisi olmayan birey oranı %38,3 (n = 23), ilişkisi olanların oranı %46,7 (n = 28), evli olanların oranı ise %15 (n = 9)'tir. Tüm örnekleme ilişkisi olmayan bireylerin oranı %53,5 (n = 286), ilişkisi olanların oranı %39,4 (n = 211) ve evli bireylerin oranı %7,1 (n = 38) olarak hesaplanmıştır.

Katılımcıların eğitim düzeyleri değerlendirildiğinde, kartopu örnekleminde büyük çoğunluğun üniversite öğrencisi olduğu (%72,8; n = 346) görülmektedir. Bu grubu üniversite mezunları (%21,5; n = 102) ve lise mezunları (%3,4; n = 16) takip etmektedir. Amaçlı örnekleme en yaygın eğitim düzeyi %40 (n=24) ile üniversite mezunları olup, bunu %25 (n=25) ile lise mezunları ve %13,3 (n=8) ile ortaokul mezunları izlemektedir. Tüm örnekleme katılımcıların %65,8'i (n = 352) üniversite öğrencisi, %23,6'sı (n = 126) üniversite mezunu ve %5,8'i (n = 31) lise mezunudur. Bu dağılım, kartopu örnekleminin daha çok üniversite gençliğiyle sınırlı olduğunu, buna karşın amaçlı örneklemin daha çeşitli eğitim düzeylerinden bireyleri kapsadığını göstermektedir. Genel olarak tüm katılımcıların eğitim düzeyleri ortalama ve/veya ortalamanın üstü olarak kabul edilebilir.

Katılımcıların annelerinin eğitim durumu bakımından, kartopu örnekleminde en yaygın düzey ilkököl (%34,7; n = 165) iken, bunu lise (%21,3; n = 101) ve ortaokul (%21,1; n = 100) düzeyleri izlemektedir. Üniversite mezunu annelerin oranı ise %12,4 (n = 59) olarak hesaplanmıştır. Amaçlı örnekleme ise en yüksek oran lise mezunlarına aittir (%30; n = 18), ardından ilkököl (%23,3; n = 14) ve ortaokul (%18,3; n = 11) düzeyleri gelmektedir. Tüm örnekleme annelerin en yaygın eğitim düzeyi %33,5 (n=179) ile ilkököl, %22,7 (n=119) ile lise ve %20,7 (n=111) ile ortaokuldur.

Katılımcıların babalarının eğitim durumu incelendiğinde, kartopu örnekleminde en yüksek oran %30,9 (n = 147) ile lise mezunlarına, %23,2 (n = 110) ile üniversite mezunlarına ve %20 (n = 95) ile ortaokul mezunlarına aittir. Amaçlı örnekleme ise baba eğitim düzeyinin %31,7'si (n = 19) ortaokul, %23,3'ü (n = 14) lise ve %18,3'ü (n = 11) ilkököl mezunudur. Tüm örnekleme ise en yüksek oran %30,1 (n = 161) ile lise mezunlarına, %21,9 (n = 117) ile üniversite mezunlarına ve %21,3 (n = 114) ile ortaokul mezunlarına aittir.

Katılımcıların kişisel gelir düzeyleri değerlendirildiğinde, gelir ortalaması kartopu örnekleminde 15.793 TL (SS = 32.431), amaçlı örnekleme ise 54.228 TL (SS = 57.814) olarak hesaplanmıştır. Tüm örnekleme kişisel gelir ortalamasının 20.104 TL (SS = 38.082) olduğu görülmüştür. Katılımcıların ailelerinin gelir ortalaması ise kartopu örnekleminde 46.619 TL (SS = 40.177), amaçlı örnekleme ise 108.042 TL (SS = 151.841) ve tüm örnekleme 53.507 TL (SS = 66.004) olarak belirlenmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Bu kısımda katılımcılara ait demografik bilgileri toplamak için kullanılan Demografik Bilgi Formu, kumar bağımlılığını ölçmek için kullanılan Kumar Risk Tarama Ölçeği, duygu düzenlemeyi ölçmek için kullanılan Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form ve belirsizliğe tahammülsüzlüğü ölçmek için kullanılan Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği detaylıca açıklanmaktadır. Çalışmada kullanılan Demografik Bilgi Formunun tamamına ve aşağıda da daha detaylı bir şekilde açıklanan ölçeklerin örnek maddeleri Ek 1.'de görülebilir.

3.3.1. Demografik Bİlgİ Formu

Çalışmada kullanılan demografik bilgi formunda tüm katılımcılardan yaş, biyolojik cinsiyet (kadın, erkek, interseks/çift cinsiyetli), ilişki durumu (evli, bekar/ilişkisi var, bekar/ilişkisi yok), bireyin eğitim düzeyi, bireyin annesinin eğitim düzeyi, bireyin babasının eğitim düzeyi, bireyin aylık geliri, bireyin ailesinin aylık geliri, kardeş sayısı ve yaşadığı şehir gibi temel bilgiler toplanmıştır.

3.3.2. Kumar Risk Tarama Ölçeği (KURT)

Kumar Risk Tarama Ölçeği, bireylerin kumar oynama davranışlarını değerlendirerek, olası kumar bağımlılığı veya problemli kumar alışkanlıkları geliştirme riskini tespit etmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır (Tekin ve ark., 2020). Toplam 10 sorudan oluşan ve 3'lü likert (0=Hiçbir zaman, 1=Bazen, 2=Neredeyse Her Zaman) tipi bir ölçek olan bu veri toplama aracında ters kodlanan herhangi bir madde yoktur. Ölçek aynı zamanda son bir yıl içinde oynanan kumar çeşitlerinin (at yarışı, parasına kağıt oyunları, milli piyango vb.) de ayrıca listeden seçilerek işaretlenmesini istemektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-20 arasında olup, ölçekten alınan puanlar yükseldikçe kumar bağımlılığı riski artmaktadır. Öte yandan ölçekten 9,5 ve üzeri puan alan kişiler kumar bağımlılığı için yüksek riskli kabul edilmektedir. Ölçek 2 faktörlü (kumar oynama davranışı ile ekonomik ve sosyal sorunlar) bir

yapıdan oluşmaktadır. Ölçeğin geliştirilmesi sırasında yapılan çalışmada iç tutarlılık katsayısı 0.84 (Tekin ve ark., 2020), bu örnekleme ise ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.94 olarak bulgulanmıştır. Yine bu örneklem dâhilinde ölçeğin alt faktörlerine ait iç tutarlılık katsayıları da kumar oynama davranışı alt faktörü için 0.93 ve ekonomik ve sosyal sorunlar alt faktörü için 0.82 olarak hesaplanmıştır.

3.3.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16)

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ), Gratz ve Roemer (2004) tarafından bireylerin duygularını yönetme ve düzenleme süreçlerindeki güçlüklerini değerlendiren bir öz-bildirim ölçeği olarak geliştirilmiştir. Orijinal ölçek açıklık, amaçlar, dürtü, kabul etmeme, stratejiler ve farkındalık olmak üzere 6 alt boyuttan ve 36 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. Bjureberg ve arkadaşları (2016), ölçeğin 16 maddeden oluşan kısa bir formunu geliştirmiş ve bu form açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler ve kabul etmeme olmak üzere 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Kısa Form (DDGÖ-16) da 5'li likert (1=Hemen Hemen Hiç, 2=Bazen, 3=Yaklaşık Yarı Yarıya, 4=Çoğu Zaman, 5=Hemen Hemen Her Zaman) tipi bir ölçektir ve ölçekte ters kodlanan madde yoktur. Bu ölçekten alınabilecek puanlar 16 ve 80 arasında değişmekte olup, ölçekten alınan puanlar artıkça duygu düzenleme güçlüğü artmaktadır. Bu ölçeğin Türkçe uyarlaması ise Yiğit ve Güzey-Yiğit (2019) tarafından yapılmıştır. Türkçe uyarlaması da tıpkı orijinalinde olduğu gibi 5 alt boyuttan oluşmaktadır ve iç tutarlılık katsayısı ise 0.92 olarak bulgulanmıştır. Bu çalışmada iç tutarlılık katsayısı ise 0.95 olarak bulgulanmıştır. Yine bu örneklem dâhilinde ölçeğin alt faktörlerine ait iç tutarlılık katsayıları da ayrıca hesaplanmıştır. Bu katsayılar açıklık alt faktörü için 0.91, amaçlar alt faktörü için 0.87, dürtü alt faktörü için 0.89, stratejiler alt faktörü için 0.90 ve kabul etmeme alt faktörü için 0.84 olarak bulgulanmıştır.

3.3.4. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ-12)

Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, bireylerin belirsizlikle başa çıkma yeteneklerini ve belirsiz durumlara karşı verdikleri tepkileri değerlendirmek amacıyla Freeston ve ark. (1994) tarafından geliştirilen 27 maddelik 5'li likert tipli bir ölçektir. Bu ölçek esas alınarak Carleton, Norton ve Asmundson (2007) tarafından 12 maddeden oluşan kısa bir formu da geliştirilmiştir ve bu kısa form ile uzun form arasındaki korelasyon da oldukça yüksek düzeydedir. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği-12 (BTÖ-12) olarak adlandırılan bu kısa ölçek tıpkı uzun formunda olduğu gibi 5'li likert (1=Bana Hiç Uygun Değil, 2=Bana Çok Az

Uygun, 3=Bana Biraz Uygun, 4=Bana Çok Uygun, 5=Bana Tamamen Uygun) tipli bir ölçekdir. Ölçekten alınabilecek puan en düşük 12 en yüksek ise 60'tır. Ölçekten alından puanlar yükseldikçe belirsizliğe tahammülsüzlük seviyesi artmaktadır. Ölçek 2 faktörlü bir yapıdan oluşmaktadır (İleriye yönelik BT ve Engelleyici BT). Türkçe'ye uyarlaması Sarıçam ve ark. (2014) tarafından yapılan bu kısa formun orijinal formdaki yapı geçerliği gösterilmiştir ve ölçeğin iç tutarlılık katsayı 0.88 olarak bulgulanmıştır (Sarıçam ve ark., 2014). Bu çalışmada iç tutarlılık katsayısı ise 0.91'dir. Yine bu örneklem dâhilinde ölçeğin alt faktörlerine ait iç tutarlılık katsayıları da ayrıca hesaplanmıştır. Bu katsayılar ileriye yönelik BT alt faktörü için 0.83 ve engelleyici BT alt faktörü için 0.91 olarak hesaplanmıştır.

3.4. Verilerin Analizi

Bu kısımda, bu tez çalışması kapsamında gerçekleştirilen analizler ve bu analizlerin tercih edilme nedenleri açıklanmaktadır. Veriler analiz edilirken SPSS 27 İstatistiksel Analiz Programı kullanılmıştır. Analizlere geçmeden önce, ilk olarak elde edilen verilerin normal dağılım gösterip göstermediği normallik testleri (Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk), kutu ve histogram grafikleri, çarpıklık ve basıklık katsayıları göz önünde bulundurularak incelenmiştir. Bu tez çalışmasının araştırma sorularına en uygun şekilde yanıt verebilmek adına farklı örnekleme yöntemleri kullanıldığı için, her bir araştırma sorusunu yanıtlamak için gereken en uygun örneklem ve analiz yöntemi detaylı bir şekilde aşağıda aktarılmıştır.

Bu araştırmada cevaplanması amaçlanan ilk soru genç yetişkinlerden (18-32 yaş) oluşan bir örneklemde kumar oynama bozukluğu için yüksek risk taşıyan genç yetişkinlerin oranının ne olduğudur. Bu soruya cevap vermek için sadece kartopu örnekleme yöntemi kullanılarak ulaşılan çalışma grubu dikkate alınmıştır. Bunun ilk nedeni, toplumda görülme sıklığı ile ilgili gelen verilerin yanlılığın azaltılması çabası ve örnekleme mümkün olduğu kadar toplum örneklemeine yakın tutmaktır. Bu soruya yanıt vermek için kullanılan analiz yöntemi ise, böyle bir örneklemde kumar oynama bozukluğu açısından yüksek risk grubuna giren bireylerin frekans (n) ve yüzde (%) değerlerinin hesaplandığı betimsel istatistiksel analizleridir. Katılımcıların KURT puanlarına göre yüksek risk grubuna girip girmedikleri belirlenmiş ve bu gruptaki bireylerin toplam içindeki yüzdesi hesaplanarak raporlanmıştır. Amaçlı örneklem yöntemi kullanılarak ulaşılan bireylerde de bu analiz ayrıca yapılmış ve yöntemin, ulaşılması hedeflenen bireylere ulaşabilme oranı da ayrıca tespit edilmeye çalışılmıştır.

Bu araştırmada cevaplanması amaçlanan ikinci soru kumar bağımlılığı açısından yüksek risk taşıyan ($KURT > 9.5$) ve hiçbir risk taşımayan ($KURT=0$) genç yetişkinler arasında oynanan kumar çeşitlerinin ne olduğudur. Bu soruya cevap vermek için hem kartopu hem de amaçlı örneklem aracılığıyla ulaşan tüm bireyler çalışma grubu gözü önünde bulundurulmuş ve çalışmaya katılan tüm bireyler arasından Kumar Risk Tarama Ölçeğinden 9.5 puan üzeri alan yani kumar bağımlılığı açısından yüksek risk grubu olarak tanımlanan bireyler KURT ölçeğinde işaretledikleri kumar çeşitleri dikkate alınarak oynanan farklı kumar çeşitlerinin türlerinin frekans ve yüzde dağılımları hesaplanmış, elde edilen bulgular grafiklerle görselleştirilmiştir. Benzer şekilde Kumar Risk Tarama Ölçeğinden 0 puan alan yani kumar bağımlılığı açısından hiçbir risk taşımayan bireylerin KURT ölçeğinde işaretledikleri kumar çeşitleri dikkate alınarak oynanan farklı kumar çeşitlerinin türlerinin frekans ve yüzde dağılımları hesaplanmış ve rekreasyonel olarak oynanan kumar çeşitleri hakkında fikir edinilmeye çalışılmıştır. Bu analize Kumar Risk Tarama Ölçeğinden 9.5 puan altı ve 0 puan üzeri alan katılımcılar dahil edilmemiştir.

Bu araştırmada cevaplanması amaçlanan üçüncü soru kumar oynama bozukluğu risk düzeylerinin (yüksek risk ve hiçbir risk taşımayan), bazı demografik değişkenler (yaş, gelir vb.) açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğı ve bazı demografik değişkenler (cinsiyet, eğitim düzeyi vb.) arasında anlamlı ilişkiler olup olmadığıdır. Bu soruya cevap vermek için hem kartopu hem de amaçlı örneklem aracılığıyla çalışma grubuna dahil edilmiş ve Kumar Risk Tarama Ölçeğinden 9.5 puan üzeri alan yani kumar bağımlılığı açısından yüksek risk grubu olarak tanımlanan bireyler ve yine aynı ölçekten 0 puan alan yani kumar bağımlılığı açısından hiçbir risk taşımayan bireyler dikkate alınmıştır. Bu soruya cevap vermek için kullanılan analiz yöntemleri ise demografik değişkenlerin eşit oranlı ölçüldüğü ve normal dağılım gösteren değişkenler için bağımsız gruplarda t-testi, demografik değişkenlerin kategorik ve sıralı şekilde ölçüldüğü değişkenler için Spearman Rho korelasyon analizidir.

Bu araştırmada cevaplanması amaçlanan dördüncü soru kumar oynama bozukluğu, duygu düzenleme ve belirsizliğe tahammülsüzlük değişkenleri arasındaki korelasyonel ilişkileri incelemektir. Bu soruya cevap vermek için hem kartopu hem de amaçlı örneklemden gelen veriler üzerinde ayrı ayrı korelasyonel ilişkiler incelenmiş ve örneklem türüne göre de bu ilişkilerin değişip değişmediğı araştırılmıştır. Bu soruya cevap vermek için kullanılan analiz yöntemi ise normal dağılım gösteren veriler için Pearson korelasyon analizi, normal dağılım göstermeyenler için ise Spearman Rho analizidir. Pearson korelasyon analizi

verilerin normal dağıldığı durumlarda tercih edilirken, normallik varsayımının karşılanmadığı durumlarda Spearman Rho testi kullanılarak, iki değişken arasındaki ilişki değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Bu araştırmada cevaplanması amaçlanan son soru ise kumar oynama bozukluğuyla ilgili yüksek risk taşıyan ($KURT > 9.5$) ve hiç risk taşımayan bireylerin ($KURT = 0$) duygu düzenleme ve belirsizliğe tahammülsüzlük açısından farklılık gösterip göstermediğidir. Bu soruya cevap vermek için kullanılan analiz yöntemi, iki bağımsız grup arasındaki ortalama farkı (belirli bir değişken açısından) test etmek amacıyla bağımsız örneklemeler için t-testidir. Bağımsız gruplarda t-testi verilerin normal dağıldığı durumlarda tercih edilirken, normallik varsayımının karşılanmadığı durumlarda Mann-Whitney U testi kullanılır. Böylece iki grup arasındaki istatistiksel fark değerlendirilmeye çalışılır. Aralarında karşılaştırma yapılması planlanan bu iki grubu oluşturmak için ise demografik değişkenlerin de olası karıştırıcı etkisini azaltmak amacıyla eşleştirilmiş vaka-kontrol yöntemi kullanılmıştır. Eşleştirme KURT ile anlamlı düzeyde ilişki gösteren sosyo-demografik değişkenler üzerinden yapılarak gruplar arası potansiyel karıştırıcı değişkenlerin etkisinin minimize edilmesi hedeflenmiştir.

IV. BÖLÜM

4. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde, tezin amaçları ve araştırma soruları bağlamında gerçekleştirilen analizler sonucu elde edilen bulgulara yer verilmektedir.

4.1. Analiz Öncesi Ön İnceleme

Bu tez çalışmasının bu kısmında verilerin normal dağılım gösterip göstermediği (bkz. Tablo 4) Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk normallik testleri ile hesaplanmıştır. Ayrıca, bu tez çalışmasında ele alınan tüm değişkenler için çarpıklık-basıklık katsayıları, kutu ve histogram grafikleri de ayrıca incelenmiştir.

Tablo 4. Araştırmada İncelenen Değişkenlerin Normallik Testi Sonuçları

Değişkenler	Kolomogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig	Statistic	df	Sig
KURT	,406	535	<,001	,573	535	<,001
DDGÖ-16	,097	535	<,001	,954	535	<,001
BTÖ-12	,040	535	,042	,990	535	,001

Not. KURT: Kumar Risk Tarama Ölçeği, DDGÖ-16: Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği, BTÖ-12: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

Tablo 4 incelendiğinde kumar oynama bozukluğu riskini değerlendirmek için kullanılan KURT, duygu düzenlemeyi değerlendirmek için kullanılan DDGÖ-16 ve belirsizliğe tahammülsüzlüğü değerlendirmek için kullanılan BTÖ-12 değişkenlerine ait Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testlerinin sonuçlarının anlamlılık değerlerinin $p<0,05$ olarak hesaplandığı dolayısıyla normal dağılım göstermeyebileceği sonucuna ulaşılmıştır. Bu nedenle bu tez çalışmasında incelenen tüm değişkenler için çarpıklık-basıklık değerleri (bkz. Tablo 5) hesaplanmış kutu ve histogram grafikleri de incelenmiştir.

Tablo 5. Araştırmada İncelenen Değişkenlerin Çarpıklık-Basıklık Değerleri

Değişkenler	N	$\bar{X}$	Çarpıklık	Basıklık
KURT	535	2,19	2,065	3,301
DDGÖ-16	535	39,44	,582	-,487
BTÖ-12	535	37,31	-,045	-,627

Not. KURT: Kumar Risk Tarama Ölçeği, DDDGÖ-16: Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği, BTÖ-12: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

Tablo 5 incelendiğinde çalışmada incelenen tüm değişkenlere ait çarpıklık-basıklık değerleri görülmektedir. Duygu düzenlemeyi değerlendirmek için kullanılan DDGÖ-16 ve belirsizliğe tahammülsüzlüğü değerlendirmek için kullanılan BTÖ-12 değişkenlerine ait çarpıklık-basıklık değerlerinin +1 ve -1 sınırları arasında olması bu değişkenlere dair verilerin normal dağılım gösterebileceğine işaret etmektedir (Büyüköztürk, 2023, s.40). Bu değişkenlerin verilerine ait kutu ve histogram grafikleri incelendiğinde normal dağılım ile benzerlik gösterdiği görülmüştür. Öte yandan kumar oynama bozukluğu riskini değerlendiren KURT değişkenine ait çarpıklık değerinin +2'nin üzerinde basıklık değerinin ise +3'ün üzerinde olduğu görülmüş ve bu değişkenlere dair verilerin normal dağılım göstermeyebileceğine (Büyüköztürk, 2023, s.40) dair şüpheyi artırmıştır. Bunun üzerine KURT değişkenine ait verilen kutu ve histogram grafikleri incelenmiş ve bu değişkene ait verilerin sağa çarpık (düşük puan alanların sayısının fazla olması) ve sivri basık (örneklemden bireylerin çoğunun puanlarının birbirine yakın olması) bir dağılım gösterdiği görülmüştür. Bu değişkene ait verilere herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Çünkü toplum örneğine yakın bir örneklem oluşturmaya çalıştığımız bu araştırmada çoğunluğun KURT puanlarının sıfır ve sıfıra yakın olması, 9,5 puan ve üzeri alanların da daha kısıtlı sayıda olması beklenen bir durumdur.

4.2. Kumar Oynama Bozukluğu ile İlgili Risk Altında Olan Bireylerin Oranı

Bu çalışmada cevaplanması amaçlanan ilk soru genç yetişkinlerden (18-32 yaş) oluşan bir örneklemden kumar oynama bozukluğu için yüksek risk taşıyan genç yetişkinlerin oranının ne olduğudur. Bu soru ile 18-32 yaş arasındaki genç bireylerde kumar oynama bozukluğunun sıklığının tespit edilmesi amaçlanmıştır. Bu soruya yanıt vermek için bu çalışma kapsamında kullanılan veri toplama araçları arasından KURT ölçeği dikkat alınmıştır. Çünkü KURT ölçeğinden alınan puanlar yükseldikçe kumar oynama bağımlılığı riski artmakta ve ölçekten alınabilecek 0-20 puan arasından 9,5 ve üzeri puan alan kişiler de kumar oynama bağımlılığı için yüksek riskli kabul edilmektedir (Tekin ve ark., 2020). Yine bu soruya yanıt vermek için kullanılan analiz yöntemi ise, böyle bir örneklemden kumar oynama bozukluğu açısından yüksek risk grubuna giren bireylerin frekans (n) ve yüzde (%) değerlerinin hesaplandığı betimsel istatistiksel analizleridir. Buna bağlı olarak katılımcıların

KURT puanlarına göre yüksek risk grubuna girip girmedikleri belirlenmiş ve bu gruptaki bireylerin toplam içindeki yüzdeleri hesaplanarak raporlanmıştır (bkz. Tablo 6).

Tablo 6. 18-32 Yaş Arası Bireylerde KOB Açısından Risk Oranları

	Kartopu Örneklem	Amaçlı Örneklem	Tüm Örneklem
KURT* > 9.5	17 (%3,6)	38 (%63,3)	55 (%10,3)
0 > KURT > 9.5	77 (16.3)	21 (%35.0)	98 (18.3)
KURT = 0	381 (%80.1)	1 (%1.7)	382 (%71.4)
Toplam	N=475	N=60	N=535

Not. * KURT (Kumar Risk Tarama Ölçeği): Bu ölçekten 9.5 ve üzeri puan alan bireyler kumar bağımlılığı açısından yüksek risk altındadır şeklinde değerlendirilmektedir.

Kumar oynama bozukluğu riski açısından kartopu örnekleminde yukarıda da bahsedilen eşiği ($KURT \geq 9,5$) aşan bireylerin oranı %3,6 ($n = 17$), amaçlı örnekleminde %63,3 ($n = 38$) ve tüm örnekleminde ise %10,3 ($n=55$) olarak hesaplanmıştır. Bu bulgular, toplum örneklemini olarak nitelendirilebilecek özelliklere daha fazla sahip olan kartopu örnekleminde en düşük orana, toplum örneklemini olarak nitelendirilemeyecek amaçlı örnekleminde ise en yüksek orana sahiptir. Ayrıca, bu sonuçlar, yüksek risk grubunu temsil etmek üzere özel olarak belirlenmiş amaçlı örneklemin de hedefine ulaştığını açık biçimde ortaya koymaktadır.

4.3. Kumar Oynama Bozukluğu ile İlgili Risk Altında Olan ve Olmayan Bireylerin Oynadığı Kumar Çeşitleri

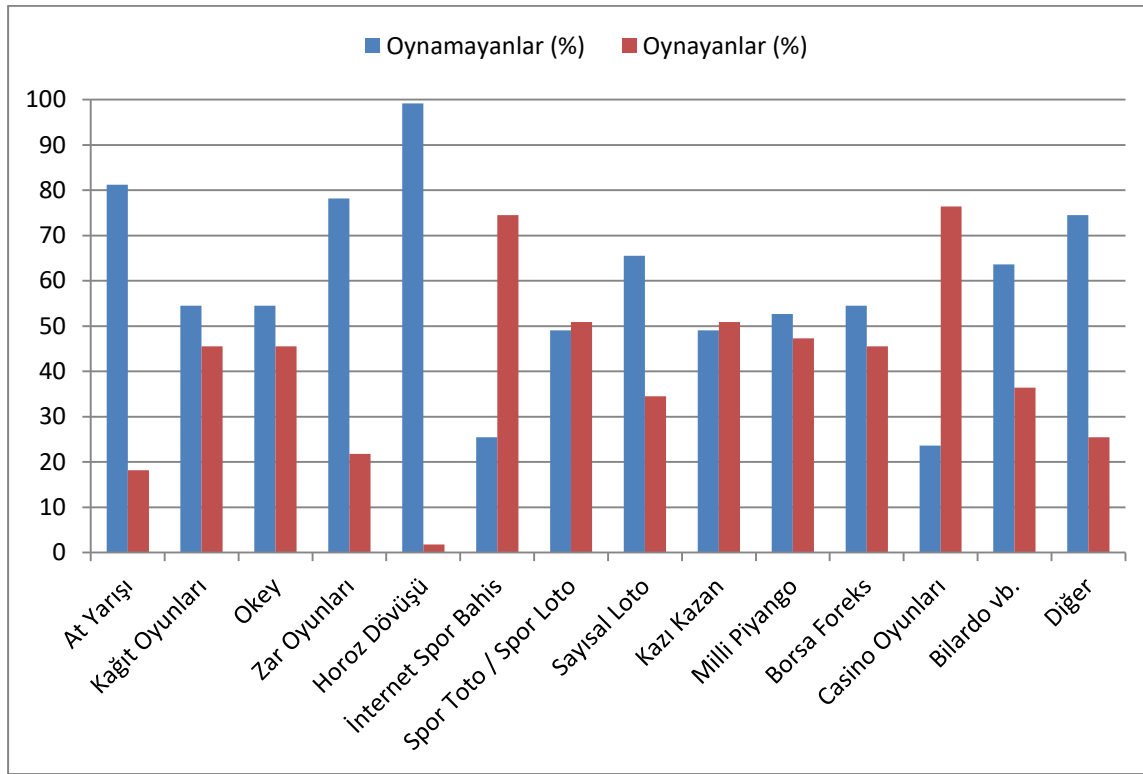
Bu araştırmada cevaplanması amaçlanan ikinci soru kumar oynama bozukluğu açısından yüksek risk taşıyan ($KURT \geq 9,5$) genç yetişkinler arasında oynanan kumar çeşitlerinin ne olduğudur. Bu soruya cevap vermek için öncelikle hem kartopu hem de amaçlı örneklem aracılığıyla çalışma grubuna dâhil edilmiş ve KURT ölçeğinden 9,5 puan üzeri alan yani kumar oynama bozukluğu açısından yüksek risk grubu olarak tanımlanan bireyler tespit edilmiştir. Bu bireylere ait demografik veriler Tablo 7’de verilmiş ve yine yukarıda detaylı bir şekilde açıklanmıştır.

KURT ölçeğindeki bulunan 10 maddeye cevap vermeden önce katılımcılardan son bir yıl içinde oynadıkları kumar çeşitlerini de işaretlemeleri istenmektedir. Burada toplam 14 farklı kumar çeşidi listelenmektedir. Bunlar; at yarışı, parasına kağıt oyunları, parasına okey, parasına zar oyunları, horoz dövüşü, internet üstünden spor bahis siteleri (iddia vb.), spor toto veya spor loto, sayısal loto, kazı kazan, milli piyango, borsa/foreks vb., casino oyunları,

parasına beceri isteyen oyunlar (bیلardo vb.) ve diğler olarak listelenmiştir. Bu 14 farklı kumar çeşidi arasından sadece bir tanesini oynayanların oranı %5,5 (n=3), iki tanesini oynayanların oranı %12.7 (n=7), üç tanesini oynayanların oranı %21.8 (n=12), dört tanesini oynayanların oranı %9.1 (n=5), beş tanesini oynayanların oranı %5.5 (n=3), altı tanesini oynayanların oranı %9.1 (n=5), yedi tanesini oynayanların oranı %7.3 (n=4), sekiz tanesini oynayanların oranı %5.5 (n=3), dokuz tanesini oynayanların oranı %1.8 (n=1), on tanesini oynayanların oranı %3.6 (n=2), on bir tanesini oynayanların oranı %7.3 (n=4), on iki tanesini oynayanların oranı %9.1 (n=5), on üç tanesini oynayanların oranı %1.8 (n=1) ve on dört tanesini oynayanların oranı %0 (n=0) olarak hesaplanmıştır. Kumar oynama bozukluğu açısından yüksek risk taşıyan bireylerin %94.5'i en az iki farklı kumar çeşidini, %81.8', en az üç farklı kumar çeşidini ve %60'ı en az dört farklı kumar çeşidini son bir yıl içinde oynamıştır. Bu noktada, oynanan kumar çeşidinin sayısı ile duygu düzenleme bozukluğunun ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün şiddeti arasındaki ilişki de ayrıca incelenmiştir. Bu ikincil analizler, kumar aktivitelerinin sayısı (1-13) ile duygu düzenleme güçlüğü (DDGÖ toplam puanı: $r = .813$, $p < .001$) arasında güçlü bir pozitif korelasyon ve belirsizliğe tahammülsüzlük (BTÖ toplam puanı: $r = .501$, $p < .001$) arasında orta düzeyde bir pozitif korelasyon ortaya koymuştur. Bu bulgular, daha fazla kumar çeşidi oynamanın, duygu düzenlemede ve belirsiz durumlara tahammül etmede artan zorluklarla birlikte görüldüğüne işaret etmektedir.

Kumar oynama bozukluğu açısından yüksek risk taşıyan 55 kişinin KURT ölçeğinde işaretledikleri kumar çeşitleri dikkate alınarak, bu bireylerin tercih ettikleri kumar oyunlarının frekans ve yüzde dağılımları da hesaplanmış ve elde edilen bulgular aşağıdaki grafikte görselleştirilmiştir (bkz. Grafik 1).

Grafik 1. Kumar Oynama Bozukluğu Açısından Yüksek Risk Grubundaki Bireylerin Oynadıkları Kumar Çeşitleri



Grafik 1’de görülen lacivert sütun oynamayanların, bordo sütun ise oynayanların oranını göstermektedir. Kumar oynama bozukluğu açısından yüksek risk grubunda olan 55 kişiden % 18.2’si (N=10) at yarışı, %45.5’i (N=25) kağıt oyunları, %45.5’i (N=25) okey, %21.8’i (N=12) zar oyunları, %1.8’i (N=1) horoz dövüşü, %74.5’i (N=41) internet spor bahis, %50.9’u (N=28) spor toto/spor loto, %34.5’i (N=19) sayısal loto, %50.9’u (N=28) kazı kazan, %47.3’ü (N=26) milli piyango, % 45.5’i (N=25) borsa foreks, % 76.4’ü (N=42) casino oyunları ve %36.4’ü (N=20) bilardo oynadıklarını raporlamışlardır. Diğer kumar çeşitlerini oynayanların oranı ise %25.5 (N=14) olarak bulgulanmıştır. Kumar oynama bozukluğu açısından yüksek risk taşıyan bireylerin en sık oynadıkları kumar çeşitlerinin sırasıyla % 76.4 (N=42) ile casino oyunları, %74.5 (N=41) ile internet spor bahis, ardından %50.9 (N=28) ile spor toto/spor loto ve kazı kazan olduğu görülmüştür.

KOB açısından herhangi bir risk taşımayan (KURT=0) bireyler de ayrıca incelenerek zarar görmeden, eğlence amaçlı kumar oynamaya ilişkin fikir edinilmeye çalışıldı. Bu katılımcıların gerçekleştirdikleri kumar faaliyeti sayısına ilişkin analiz, çoğunluğun herhangi bir kumar aktivitesine dahil olmadığını (%64,9, n=248) ortaya koydu. Daha küçük bir kısım tek bir kumar faaliyetine (%21,2, n=81) katıldığını, %7,6’sı (n=29) ise iki farklı türde kumar oynadığını bildirdi. Bu örnekleme oldukça az oranda kişi üç (%2,6, n=10), dört (%1,8, n=7)

veya beş (%0,3, n=1) kumar aktivitesine katıldığını belirtti. Çok daha az sayıda katılımcı altı (%0,3, n=1), yedi (%0,3, n=1) veya sekiz (%0,3, n=1) farklı türde kumar oynadığını bildirdi. Yalnızca birer katılımcı sırasıyla dokuz (%0,3, n=1), on bir (%0,3, n=1) ve on iki (%0,3, n=1) farklı aktivitede kumar oynadığını belirtmiştir. Ayrıca, bu örnekleme kumar faaliyeti sayısı ile DDGÖ ($r=,010$, $p=,843$) ve BTÖ ($r=,010$, $p=,842$) arasında anlamlı korelasyonlar bulgulanmamıştır.

Kumar Oynama Bozukluğu açısından herhangi bir risk taşımayan bu grupta (GRSS=0, N=382) en sık bildirilen kumar faaliyetinin Hisse/Forex (%14,1, n=54) olduğu görülmüş ve bunu kazı-kazan (%11,5, n=44) ve milli piyango (%8,4, n=32) izlemiştir. Okey de nispeten yaygın olarak bulgulanmış (%6,8, n=26), ardından bilardo oyunları (%4,7, n=18) ve çevrimiçi spor bahisleri (%4,5, n=17) gelmiştir. Kart oyunları (%3,7, n=14), sayısal loto (%3,1, n=12) ve spor toto (%2,9, n=11) biraz daha düşük sıklıkla bildirildi. Kumarhane oyunlarının örneklemin daha küçük bir kısmı tarafından tercih edildiği görüldü (%2,6, n=10). Diğer kumar türleri ise çok daha da az sayıda katılımcı (%1,6, n=6) tarafından işaretlenmişti. Tavla oyunları (%1,0, n=4) ve horoz dövüşü (%1,0, n=4) nadiren bildirilirken, en az rapor edilen faaliyet at yarışı (%0,8, n=3) oldu.

4.4. Kumar Oynama Bozukluğu Risk Düzeylerinin Demografik Değişkenlerle İlişkisi ve Farklılıkları

Bu araştırmada cevaplanması amaçlanan üçüncü soru kumar oynama bozukluğu açısından yüksek risk taşıyan ($KURT \geq 9.5$) ve hiçbir risk taşımayan ($KURT=0$) bireylerin demografik açıdan birbirinden farklılaşıp farklılaşmadığı ve anlamlı ilişkilerin olup olmadığıdır. Bu soruya yanıt verebilmek için KURT ölçeğinden 9.5 puan ve üzeri puan alan bireyler ile KURT ölçeğinden 0 puan alan bireyler tespit edilmiştir. Bu bireylere ait demografik veriler Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. Kumar Oynama Bozukluğu Açısından Yüksek Risk Taşıyan Bireylere Ait Bilgiler ve Demografik Özellikler

	KURT $\geq 9,5$	KURT=0
N	55	382
Kadın Sayısı	2 (%3,6)	283 (%74.1)
Yaş (Ort $\pm$ SS)	24,02 ($\pm 3,92$)	22,69 ($\pm 3,14$)
İlişki Durumu		

- İlişkisi Yok	23 (%41,8)	217 (%56,8)
- İlişkisi Var	27 (%49,1)	141 (%36,9)
- Evli	5 (%9,1)	24 (%6,3)

Kişinin Eğitim Durumu

- Okur-Yazar Değil	0 (%0)	0 (%0)
- Okur-Yazar	1 (%1,8)	0 (%0)
- İlkokul	0 (%0)	0 (%0)
- Ortaokul	7 (%12,7)	0 (%0)
- Lise	12 (%21,8)	11 (%2,9)
- Üniversite Öğrencisi	14 (%25,5)	277 (%72,8)
- Üniversite Mezunu	19 (%34,5)	85 (%22,3)
- Yüksek Lisans Mezunu	2 (%3,6)	8 (%2,1)
- Doktora Mezunu	0 (%0)	0 (%0)

Anne Eğitim Durumu

- Okur-Yazar Değil	5 (%9,1)	19 (%5,0)
- Okur-Yazar	7 (%12,7)	13 (%3,4)
- İlkokul	13 (%23,6)	141 (%36,9)
- Ortaokul	14 (%25,5)	72 (%18,8)
- Lise	12 (%21,8)	80 (%20,9)
- Üniversite Öğrencisi	0 (%0)	7 (%1,8)
- Üniversite Mezunu	3 (%5,5)	49 (%12,8)
- Yüksek Lisans Mezunu	1 (%1,8)	1 (%0,3)
- Doktora Mezunu	0 (%0)	0 (%0)

Baba Eğitim Durumu

- Okur-Yazar Değil	2 (%3,6)	3 (%0,8)
- Okur-Yazar	2 (%3,6)	4 (%1)
- İlkokul	13 (%23,6)	73 (19,1)
- Ortaokul	17 (%30,9)	79 (%20,7)
- Lise	10 (%18,2)	116 (%30,4)
- Üniversite Öğrencisi	2 (%3,6)	8 (%2,1)
- Üniversite Mezunu	6 (%10,9)	89 (%23,3)
- Yüksek Lisans Mezunu	3 (%5,5)	8 (%2,1)
- Doktora Mezunu	0 (%0)	2 (%0,5)

Kişisel Gelir (Ort ± SS)	45,862 (± 58,208)	15,980 (±35,337)
Aile Gelir (Ort ± SS)	103.609 (± 155,528)	43.997 (±32.306)

Tablo 7’de katılımcıların Kumar Risk Tarama Ölçeği (KURT) puanlarına göre oluşturulan iki grup arasındaki demografik özelliklere bakıldığında KURT puanı $\geq 9,5$ olan yüksek risk grubunda (N = 55) kadın oranı %3,6 iken, KURT puanı 0 olan düşük risk grubunda (n = 382) bu oran %74,1’dir. Cinsiyet ile problemli kumar davranışı arasındaki ilişkiyi incelemek adına Pearson ki-kare testi yapılmış ve ikisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu bulgulanmıştır; $\chi^2(1, N = 436) = 104.83, p < .001$. Kadın katılımcıların büyük çoğunluğu KURT=0 grubundayken (n = 282, %99.3), yalnızca 2 kadın (%0.7) problemli kumar grubunda yer almıştır. Erkek katılımcılar arasında ise problemli kumar oranı belirgin şekilde yüksektir (N = 53, %34.9), kontrol grubundaki erkek sayısı 99 (%65.1) olarak bulunmuştur.

Tablo 7’de grupların yaş ortalamalarına bakıldığında, yüksek risk grubunun yaş ortalaması 24,02 (±3,92) iken düşük risk grubunun yaş ortalaması 22,69 (±3,14) olarak bulunmuştur. Kumar oynama bozukluğu açısından yüksek risk taşıyan bireylerin yaşı kumar oynama bozukluğu açısından hiç risk taşımayan bireylerin yaşına kıyasla daha büyüktür; t (64.369)= 2.40, p=.02, d=3.25. Bu fark, yüksek risk grubundaki bireylerin görece daha ileri yaşta olduklarını göstermektedir.

İlişki durumu açısından değerlendirildiğinde, ilişkisi olmayanlar grubunda, kumar riski taşımayan bireylerin sayısı 217 (%90.4) ve problemli kumar grubundakilerin sayısı 23 (%9.6), ilişkisi olanlar grubunda kumar riski taşımayan bireylerin sayısı 140 (%83.8) ve problemli kumar grubundakilerin sayısı 27 (%16.2) ve evli olanların arasında ise kumar riski taşımayan bireylerin sayısı 24 (%82.8) ve problemli kumar grubundakilerin sayısı 5 (%17.2) olarak görülmektedir. İlişki durumu (bekâr, ilişkili, evli) ile kumar grubu (kontrol vs. problemli kumar) arasındaki ilişkiyi incelemek üzere yapılan Pearson ki-kare testi, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir: $\chi^2(2, N = 436) = 4.48, p = .107$.

Katılımcıların eğitim düzeylerine bakıldığında, yüksek risk grubunda en sık rastlanan eğitim durumlarının sırasıyla üniversite mezunu (%34,5), üniversite öğrencisi (%25.5) ve lise mezunu (%21,8) olduğu görülmektedir. Düşük risk grubunda en sık rastlanan eğitim düzeylerin ise sırasıyla üniversite öğrencisi (%72,8), üniversite mezunu (%22.3) ve lise mezunu (%2.9) olduğu Tablo 7’de görülmektedir. Katılımcıların eğitim düzeyi ve KURT puanları arasındaki ilişki Spearman’s rho korelasyon analizi ile incelenmiştir ve yapılan

analiz sonucunda, bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır, $\rho = -0.84$ $p = .08$.

Katılımcıların annelerin eğitim durumu incelendiğinde, yüksek risk grubunda en sık rastlanan anne eğitim durumlarının sırasıyla ortaokul mezunu (%25.5) ve ilkokul mezunu (%23.6) olduğu, düşük risk grubunda en sık rastlanan anne eğitim durumunun ise sırasıyla ilkokul (%36.9) ve lise (%20.9) olduğu görülmektedir. Katılımcıların anne eğitim düzeyi ve KURT puanları arasındaki ilişki Spearman's rho korelasyon analizi ile incelenmiştir ve yapılan analiz sonucunda, bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır, $\rho = -0.67$ $p = .16$. Benzer şekilde baba eğitim durumu incelendiğinde, yüksek risk grubunda en sık rastlanan baba eğitim durumlarının sırasıyla ortaokul mezunu (%30.9) ve ilkokul mezunu (%23.6), düşük risk grubunda en sık rastlanan baba eğitim durumunun ise sırasıyla lise (%30.4) ve üniversite mezunu (%23.3) olduğu görülmektedir. Katılımcıların baba eğitim düzeyi ve KURT puanları arasındaki ilişki Spearman's rho korelasyon analizi ile incelenmiştir ve yapılan analiz sonucunda, bu iki değişken arasında negatif yönlü, düşük düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur, $\rho = -0.11$ $p = .05$. Bu durum, baba eğitim düzeyi değiştikçe (örneğin ilkokul, ortaokul, lise vb.), KURT puanlarında da sistematik bir değişimin olduğunu göstermektedir. Okuma-yazma yok 1, okur-yazar 2, ilkokul mezunu 3, ortaokul mezunu 4, lise mezunu 5, üniversite öğrencisi 6, üniversite mezunu 7, yüksek lisans mezunu 8 ve doktora mezunu 9 olarak kodlandığı göz önünde bulundurulduğunda ise katılımcıların KURT puanlarının, babanın eğitim düzeyi yükseldikçe düşme eğiliminde olduğu söylenebilir.

Katılımcıların kişisel ve ailesel gelir düzeylerine bakıldığında ise yüksek risk grubundaki bireylerin kişisel gelir ortalaması 45.862 TL (± 58.208), ailesel gelir ortalaması ise 103.609 TL (± 155.528) olarak bulunmuştur. Buna karşın düşük risk grubunda bu değerler sırasıyla 15.980 TL (± 35.337) ve 43.997 TL (± 32.306) olarak tespit edilmiştir. Kumar oynama bozukluğu açısından yüksek risk taşıyan bireylerin kişisel geliri kumar oynama bozukluğu açısından hiç risk taşımayan bireylerin kişisel gelirine kıyasla daha fazladır; $t(59.859) = 3.71$, $p < .001$, $d = 38914.34$. Bu fark, yüksek risk grubundaki bireylerin daha fazla kişisel gelire sahip olduklarını göstermektedir. Kumar oynama bozukluğu açısından yüksek risk taşıyan bireylerin aile gelirleri kumar oynama bozukluğu açısından hiç risk taşımayan bireylerin aile gelirlerine kıyasla daha fazladır; $t(54.673) = 2.83$, $p = .006$, $d = 62585.27$. Bu fark, yüksek risk grubundaki bireylerin daha fazla aile gelirine sahip olduklarını göstermektedir.

4.5. Kumar Oynama Bozukluğu, Duygu Düzenleme ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Değişkenleri Arasındaki Korelasyonel İlişkiler

Bu araştırmada cevaplanması amaçlanan dördüncü soru kumar oynama bozukluğu, duygu düzenleme ve belirsizliğe tahammülsüzlük değişkenleri arasındaki korelasyonel ilişkileri incelemektir. Bu soruya cevap vermek için hem kartopu hem de amaçlı örneklemden gelen veriler üzerinde ayrı ayrı korelasyonel ilişkiler incelenmiş ve örneklem türüne göre de bu ilişkilerin değişip değişmediği araştırılmıştır. Bu ilişkileri incelemek adına normal dağılım gösteren veriler için (DD ve BT) Pearson korelasyon analizi, normal dağılım göstermeyenler için ise (KURT) Spearman Rho testi kullanılmıştır. Kartopu örneklemdaki korelasyonel ilişkiler Tablo 8’de, amaçlı örnekleme ait korelasyonlar ise Tablo 9’da gösterilmektedir.

Tablo 8. Kartopu Örnekleme Değişkenler Arası Korelasyonel İlişkiler

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.KURT	.											
2.KURT-Kumar	.99**	.										
3.KURT-Eko.ve Sos. Prob.	.78**	.75**	.									
4.DDGÖ	.08	.08	.10*	.								
5.DDGÖ-Açıklık	.04	.04	.05	.69**	.							
6.DDGÖ-Amaçlar	.04	.04	.01	.83**	.53**	.						
7.DDGÖ-Dürtü	.15**	.15**	.18**	.83**	.48**	.60**	.					
8.DDGÖ-Stratejiler	.06	.06	.09*	.94**	.58**	.75**	.72**	.				
9.DDGÖ-Kabul Etmeme	.11*	.12**	.07	.81**	.49**	.52**	.60**	.71**	.			
10.BTÖ	.03	.03	.05	.56**	.43**	.51**	.46**	.51**	.41**	.		

Tahammülsüzlük alt boyutu ($\rho = .34$, $p = .007$) ve Engelleyici Belirsizliğe Tahammülsüzlük alt boyutu ($\rho = .39$, $p = .002$) arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Genel olarak, amaçlı örnekleme elde edilen sonuçlar, kumar oynama riskinin duygu düzenleme güçlüğü ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile düşükten ortaya düzeyde ilişkilere sahip olduğunu ve duygu düzenleme güçlüğü ile belirsizliğe tahammülsüzlük değişkenleri arasında güçlü ve çok güçlü düzeyde ilişkiler bulunduğunu ortaya koymaktadır.

Toplum örnekleme niteliğindeki kartopu örnekleme, KURT puanları ile DDGÖ'nün Dürtü ($\rho = .15$, $p < .001$) ve Kabul Etmeme ($\rho = .11$, $p = .013$) alt boyutları arasında yalnızca düşük düzeyde pozitif ilişkiler saptanmışken, amaçlı örnekleme bu alt boyutlarla ilişkilerin orta düzeyde olduğu daha güçlü korelasyonlar gözlemlenmiştir (örneğin, Dürtü: $\rho = .42$; Kabul Etmeme: $\rho = .47$). Bu durum, kumar oynama riski ile belirli duygu düzenleme güçlükleri arasındaki ilişkinin, risk düzeyi yüksek bireylerden oluşan amaçlı örnekleme daha belirgin olduğunu, buna karşın genel popülasyonu temsil etmesi muhtemel toplum örnekleminde bu ilişkinin daha zayıf kaldığını göstermektedir. Bu bulgu, kumar oynama davranışı şiddetlendikçe dürtü kontrolü ve olumsuz duygularla baş etme güçlüğü'nün daha görünür hâle geldiğine işaret edebilir.

4.6. Kumar Oynama Bozukluğu ile İlgili Yüksek Risk Taşıyan ve Hiçbir Risk Taşımayan Bireyler Arası Farklar

Bu tez çalışması kapsamında cevaplanması amaçlanan son soru kumar oynama bozukluğuyla ilgili yüksek risk taşıyan ve hiç risk taşımayan bireyler duygu düzenleme ve belirsizliğe tahammülsüzlük açısından farklılık göstermekte olup olmadığıdır. Bu soruyu yanıtlamak amacıyla eşleştirilmiş vaka-kontrol yöntemi kullanılmıştır. Kumar bağımlılığı açısından yüksek risk grubunda yer alan bireyler (bkz. Tablo 7: KURT $\geq 9,5$, N=55), kumar bağımlılığı açısından herhangi bir risk taşımayan bireylerle (bkz. Tablo 7: KURT=0, N=382) bazı sosyo-demografik değişkenler üzerinden eşleştirilmeye çalışılmıştır. Eşleştirme sürecinde dikkate alınan sosyo-demografik değişkenler, KURT ölçeğinden elde edilen puanlarla anlamlı ilişkisi bulunan cinsiyet, yaş, baba eğitim düzeyi, kişisel gelir ve aile gelir düzeyi olmuştur. Bu değişkenler üzerinden eşleme yapılması, gruplar arasındaki potansiyel karıştırıcı etkilerin minimize edilmesi amacıyla yapılmaktadır.

Eşleştirme işlemi SPSS 27 yazılımı kullanılarak gerçekleştirilmiş olup her bir değişken için esnek eşleştirme toleransları tanımlanmıştır. Cinsiyet değişkeni için tam

eşleştirme (fuzz: 0), yaş için ± 4 yıl tolerans (fuzz: 4), baba eğitim düzeyi için ± 4 yıl eğitim farkı (fuzz: 4), kişisel gelir ve aile geliri için ise ± 80.000 TL tolerans (fuzz: 80.000) kabul edilmiştir. Belirlenen bu tolerans değerleri sayesinde mümkün olan en yüksek sayıda vaka bireyinin ($KURT \geq 9,5$) eşleştirilmesi sağlanırken, aynı zamanda grupların sosyo-demografik özellikler açısından dengeli dağılımı da korunmuştur. Eşleştirme sonucunda kumar bağımlılığı açısından riski yüksek olan 55 bireyden 51'i uygun kontrollerle eşleştirilebilmiştir. Yapılan istatistiksel analizler de eşleştirilen gruplar arasında, yukarıda bahsedilen sosyo-demografik değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığını göstermiştir. Bu bulgu, eşleştirme sürecinin başarılı bir şekilde uygulandığını ortaya koymaktadır. Uygulanan bu yöntemsel yaklaşım sayesinde kumar bağımlılığı ile duyu düzenleme ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişki, potansiyel olarak karıştırıcı olabilecek demografik faktörlerin etkisinden mümkün olduğu kadar arındırılarak daha güvenilir bir şekilde değerlendirilebilmiştir. Aşağıda, bu gruplar arasında fark olup olmadığını anlamak amacıyla yapılan bağımsız gruplarda t-testi sonuçları verilmektedir (bkz. Tablo 10). Normallik ve varyans homojenliği varsayımlarının (Levene testi, $p > 0,05$ ile değerlendirilmiştir) karşılandığının doğrulandığı durumlarda parametrik t-testi sonuçları, karşılanmadığı durumlarda ise Welch testi sonuçları raporlanmıştır. Gruplar arası farkların büyüklüğünü ölçmek için ise etki büyüklüğü hesaplamalarında Hedges' g kullanılmıştır.

Tablo 10. Kumar Oynama Bozukluğu ile İlgili Yüksek Risk Taşıyan ve Hiçbir Risk Taşımayan Bireyler Arası Farklar

Değişkenler	F	Sig.	Örneklem	Ort.	Ss.	T	Sd	p	Hedges' g
DDGÖ	11,786	0,001	KURT=0	27,41	12,37	-6,055	90,766	0,000	-1,190
			KURT $\geq 9,5$	45,39	17,22				
DDGÖ-Açıklık	5,769	0,018	KURT=0	3,55	1,75	-5,256	93,549	0,000	-1,033
			KURT $\geq 9,5$	5,67	2,29				
DDGÖ-Amaçlar	3,853	0,052	KURT=0	6,47	2,96	-5,092	100	0,000	-1,001
			KURT $\geq 9,5$	9,75	3,52				
DDGÖ-Dürtü	28,990	0,000	KURT=0	4,71	2,28	-6,703	79,013	0,000	-1,317
			KURT $\geq 9,5$	9,06	4,04				
DDGÖ-Stratejiler	16,231	0,000	KURT=0	8,04	4,40	-5,181	89,479	0,000	-1,018
			KURT $\geq 9,5$	13,61	6,29				

DDGÖ-			KURT=0	4,65	2,52				
Kabul	8,719	0,004				-4,424	91,004	0,000	-0,869
Etmeme			KURT $\geq$ 9,5	7,31	3,49				
BTÖ	4,308	0,040	KURT=0	32,41	9,40	-2,733	93,134	0,008	-0,537
			KURT $\geq$ 9,5	38,37	12,42				
BTÖ-			KURT=0	20,33	5,87				
İleriye	2,235	0,138				-2,029	100	0,045	-0,399
Yönelik			KURT $\geq$ 9,5	22,94	7,05				
BTÖ-			KURT=0	12,08	4,78				
Engelleyici	2,977	0,088				-3,124	100	0,002	-0,614
			KURT $\geq$ 9,5	15,43	5,99				

Not. KURT: Kumar Risk Tarama Ölçeği, DDDGÖ: Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği, BTÖ: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği.

Tablo 10'da görüldüğü üzere Kumar Oynama Bozukluğu ile ilgili yüksek risk taşıyan (KURT $\geq$ 9,5) ve hiçbir risk taşımayan (KURT=0) bireyler arasındaki farkların incelenmesi sonucunda, duygu düzenleme güçlükleri ve belirsizliğe tahammülsüzlük açısından anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği (DDGÖ) toplam puanları açısından yapılan analizler, yüksek risk grubunun (M=45,39, SS=17,22) risk taşımayan gruba (M=27,41, SS=12,37) göre anlamlı derecede yüksek puanlar aldığını göstermiştir (t[90,766]=-6,055, p<0,001, g=-1,190). DDGÖ alt boyutları incelendiğinde, tüm alt ölçeklerde yüksek risk grubunun anlamlı şekilde daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Açıklık boyutunda yüksek risk grubu (M=5,67, SS=2,29) ile risk taşımayan grup (M=3,55, SS=1,75) arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (t[93,549]=-5,256, p<0,001, g=-1,033). Amaçlar boyutunda yüksek risk grubunun puanları (M=9,75, SS=3,52) risk taşımayan gruba (M=6,47, SS=2,96) göre daha yüksek çıkmıştır (t[100]=-5,092, p<0,001, g=-1,001). Dürtü kontrolü boyutunda gruplar arası fark oldukça belirgindir (yüksek risk: M=9,06, SS=4,04; risk taşımayan: M=4,71, SS=2,28; t[79,013]=-6,703, p<0,001, g=-1,317). Stratejiler boyutunda da yüksek risk grubu (M=13,61, SS=6,29) risk taşımayan gruba (M=8,04, SS=4,40) göre daha yüksek puanlar almıştır (t[89,479]=-5,181, p<0,001, g=-1,018). Kabul etmeme boyutundaki fark da anlamlı bulunmuştur (yüksek risk: M=7,31, SS=3,49; risk taşımayan: M=4,65, SS=2,52; t[91,004]=-4,424, p<0,001, g=-0,869). Bu sonuçlar, yüksek risk grubundaki bireylerin genel olarak daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşadığını göstermektedir.

Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ) toplam puanları açısından yüksek risk grubu ($M=38,37$, $SS=12,42$) ile risk taşımayan grup ($M=32,41$, $SS=9,40$) arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t[93,134]=-2,733$, $p=0,008$, $g=-0,537$). BTÖ'nün ileriye yönelik boyutunda yüksek risk grubunun puanları ($M=22,94$, $SS=7,05$) risk taşımayan gruba ($M=20,33$, $SS=5,87$) göre anlamlı şekilde daha yüksek çıkmıştır ($t[100]=-2,029$, $p=0,045$, $g=-0,399$). Engelleyici boyutta da benzer şekilde yüksek risk grubu ($M=15,43$, $SS=5,99$) risk taşımayan gruba ($M=12,08$, $SS=4,78$) göre daha yüksek puanlar almıştır ($t[100]=-3,124$, $p=0,002$, $g=-0,614$). Bu bulgular, kumar oynama bozukluğu riski yüksek bireylerin hem duygu düzenlemede hem de belirsizlikle başa çıkmada önemli güçlükler yaşadığını ortaya koymaktadır.



V. BÖLÜM

5. TARTIŞMA

Tezin bu bölümünde öncelikle çalışmanın amaçlarına, bulguların kısa özetine yer verilmiş ve ardından bulgular, literatür kapsamında tartışılmıştır. Bu tez çalışması, öncelikli olarak genç yetişkinlerde (18-32 yaş) kumar oynama bozukluğu riskini incelemeyi ve bu riskli bireylerin oranını, oynadıkları kumar çeşitlerini ve sayılarını belirlemeyi amaçlamıştır. Çalışmanın bir diğer amacı da kumar oynama riskinin hangi demografik değişkenlerle ilişkili olduğunu ortaya koymaktır. Çalışma ayrıca kumar oynama bozukluğu riskinin tanılar üstü faktörler olarak kabul edilen duygu düzenleme güçlüğü ve belirsizliğe tahammülsüzlük gibi psikolojik değişkenlerle olan ilişkilerini de değerlendirmeyi hedeflemiş ve ayrıca, bu özellikler açısından KOB açısından yüksek risk taşıyan bireylerle herhangi bir risk taşımayan bireyleri karşılaştırmıştır. Her bir araştırma sorusu için detaylı tartışma aşağıda oluşturulan alt başlıklar kapsamında ele alınmıştır.

5.1. Kumar Oynama Bozukluğuna İlişkin Epidemiyolojik Bulgulara İlişkin Tartışma

Çalışmanın ilk iki araştırma sorusu kumar oynama bozukluğu için yüksek risk taşıyan genç yetişkinlerin oranını ve hem bu bireylerin hem de KOB açısından hiçbir risk taşımayan bireylerin oynadığı kumar çeşitlerini saptamaktı. Bu bağlamda, kumar oynama bozukluğu açısından yüksek risk taşıyan bireylerin oranını kartopu örnekleminde %3.6 (N=17), amaçlı örnekleminde %63.3 (N=38) ve tüm örnekleminde %10.3 (N=55) olarak tespit etmiş ve bu bulgu amaçlı örneklemin (risk grubu) KOB açısından yüksek riskli bireylere ulaştığını doğrulamıştır. Kumar bağımlılığı açısından yüksek risk taşıyan bireyler arasında (N=55) en sık oynanan kumar türlerinin olarak casino oyunları (%76.4), internet spor bahis (%74.5), spor toto/loto ve kazı kazan (%50.9) olduğu ve %94.5'inin en az iki farklı kumar türü oynadığı görülmüştür. Kumar çeşitliliği arttıkça duygu düzenleme güçlüğü ($r=.813$) ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün ($r=.501$) de arttığı görülmüştür. Kumar bağımlılığı açısından hiçbir risk taşımayan bireyler arasında en sık oynanan kumar türlerinin ise sırasıyla Hisse/Forex (%14,1), kazı-kazan (%11,5) ve milli piyango (%8,4) olduğu görülmüştür. Bu gruptaki bireylerin çoğunluğunun (%64.9, N=248) herhangi bir kumar oynamadığını, %21.2'sinin (N=81) tek bir kumar oyunu ve %7.6'sının (N=29) da iki farklı türde kumar oynadığı bulgulanmıştır. Ayrıca, bu örnekleminde kumar faaliyeti sayısı ile DDGÖ ($r=.010$, $p=.843$) ve BTÖ ($r=.010$, $p=.842$) arasında anlamlı ilişkiler olmadığı saptanmıştır.

Kumar oynama bozukluğu açısından epidemiyolojik veriler incelendiğinde Calado ve Griffiths (2016) tarafından yapılan bir sistematik derlemede, dünya genelinde yetişkin bireyler arasında problemlili kumar oynama yaygınlığının %0,12 ile %5,8 arasında değiştiği, Avrupa özelinde ise bu oranın %0,12 ile %3,4 arasında seyrettiği belirtilmiştir. Fakat genç yetişkinler arasında ise bu oranların daha yüksek olduğu farklı sistematik incelemelerle gösterilmiştir. Örneğin, Calado ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan bir sistematik incelemede (N=44) ergen ve genç bireylerin %0,2 ila %12,3'ünün problemlili kumar kriterlerini karşıladıklarını bulgulamıştır. Ayrıca üniversite öğrencileri üzerinde gerçekleştirilen bir başka meta-analiz çalışmasında da (N=72) problemlili kumar oynama oranı %10,23 olarak belirlenmiştir (Nowak, 2018). İngiltere ve İskoçya'da yürütülen kapsamlı bir çalışmada da (N>6000) özellikle 16-24 yaş aralığındaki genç yetişkinlerin, kumar oynama açısından en yüksek risk grubunu oluşturduğu bulgulanmıştır (Wardle ve ark., 2014). Bu yaş grubundaki bireylerin %7,3'ü düşük düzeyde ve %2,3'ü orta düzeyde risk taşıyan kumar davranışları sergilemekte ve ayrıca araştırma bulguları yaşla birlikte kumar oynama davranışı açısından azalan bir trendi de ortaya koymaktadır. Genç yaş gruplarında daha yüksek oranlarda görülen riskli kumar oynama davranışları, yaş ilerledikçe belirgin şekilde düşmekte ve 75 yaş ve üzerindeki bireylerde en düşük seviyelere ulaşmaktadır. Örneğin, bu yaş grubunda düşük ve orta düzeyde risk oranları sırasıyla %0,9 ve %0,5 olarak bildirilmiştir. Bu bulgular, genç yetişkinlerin ve ergenlerin, yetişkinlere kıyasla kumar bağımlılığı açısından daha fazla risk altında olduğunu ve yaş faktörünün kumar oynama davranışında belirleyici bir rol oynadığını desteklemektedir. Söz konusu uluslararası bulgular, genç yetişkinler ile yapılan çalışmamızda elde edilen sonuçlarla genel olarak tutarlılık göstermektedir. Bu tez kapsamında incelenen örneklemin tamamında yüksek riskli kumar oynama oranı %10,3 olarak belirlenmiş, bu oran kartopu örnekleminde %3,6, amaçlı örnekleme ise %63,3'e kadar yükselmiştir. Özellikle kartopu örnekleminin, toplumun daha genel ve temsili bir kesimini yansıtmaması nedeniyle, bu gruptaki %3,6'lık oran, literatür ile büyük ölçüde örtüşmektedir.

Türkiye özelinde yürütülen epidemiyolojik çalışmalar oldukça sınırlı olmakla birlikte, elde edilen bulgular Türkiye'de gençler arasında da kumar oynama davranışının göz ardı edilemeyecek düzeyde olduğunu ortaya koymaktadır. Örneğin, İnönü Üniversitesi öğrencileriyle yapılan bir çalışmada öğrencilerin %45,8'inin son bir yılda en az bir kez kumar oynadığı belirlenmiştir (Çekem, 2004). Fakat bu çalışmada kumar oynama bağımlılığı riski açısından herhangi bir veri verilmemektedir; yine de bu bulgulardan yola çıkılarak

gençlerin önemli bir kısmının rekreasyon amaçlı kumar oynama davranışı sergilediği söylenebilir. Üniversite temelli bir başka araştırma (N=612) gençler arasında %15,5 patolojik olmayan ve %2,0 potansiyel patolojik kumar oynama sıklığı raporlamıştır (Aslan ve ark., 2021). Kuzey Kıbrıs'ta çoğunluğu Türkiye doğumlu bireylerle yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %28,1'inin kumar oynama bozukluğu açısından yüksek risk taşıdığı bildirilmiştir (Çakıcı, 2019). Bu veriler, gençler arasında sadece "eğlence amaçlı" kumar oynamanın ötesinde, klinik düzeyde müdahale gerektiren kumar davranışlarının da yaygın olduğunu göstermektedir ki bu noktada önemli bilgiler sağlayabilecek bir kaynak da Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM) raporları olmaktadır. YEDAM verilerine bakıldığında, kumar bağımlılığı tedavisi için başvuran danışanların sayısı 2021 yılından beri düzenli olarak arttığı görülmektedir (80). Örneğin; kumar bağımlılığı tedavisi için başvuran kişi sayısının 2021 yılında 2140, 2022 yılında 3444, 2023 yılında 4228, 2024 yılında ise 5812 olduğu ve 2023 yılında YEDAM'a yapılan başvurular arasında kumar bağımlılığının en yüksek başvuru nedeni olduğu görülmüştür (%30,4). Bu YEDAM verileri sadece genç yetişkinleri kapsamamakla birlikte KOB'un giderek daha görünür bir halk sağlığı sorunu haline geldiğini gösterir niteliktedir.

Türkiye'den ve dünyadan gelen epidemiyolojik veriler genel olarak değerlendirildiğinde, bu çalışmadan elde edilen bulguların hem uluslararası hem de ulusal literatürle uyumlu bir görünüm sergilediği söylenebilir (Calado ve Griffiths, 2016; Nowak, 2018; Wardle ve ark., 2014). Öte yandan, Türkiye'deki epidemiyolojik çalışmalar oldukça sınırlı olup kısıtlı düzeyde bilgi sağlamaktadır. Ayrıca Türkiye, yasal kumar operasyonlarının üç katı büyüklüğündeki yasadışı kumar pazarı ve tavla gibi geleneksel oyunların potansiyel bir "geçiş yolu" olarak kültürel normalleşmesi gibi benzersiz risk faktörleri sunmaktadır (Duman ve Tosun, 2017). Bu riskler, ergenlerin (12-18 yaş) %12,4'ünün çevrimiçi bahis oyunlarına katıldığı (problemli kullanım oranı %2,9; Arıcak, 2019) bulgularıyla da desteklenen erken maruziyeti kolaylaştırır gibi görünmektedir. Türkiye, bu endişe verici göstergelere rağmen, özellikle rekreasyondan amaçlı oynanan kumardan, problemli kullanıma geçiş ve dijital kumarın yayılımının etkilerine ilişkin kapsamlı epidemiyolojik verilerden yoksundur. Geleneksel rekreasyonel kumar Türkiye'de varlığını sürdürürken, çevrimiçi platformların hızlı büyümesi endişeleri artırmıştır. Bununla birlikte, genç yetişkinler arasındaki kumar oynama davranışları ve KOB'a dair verilerdeki ciddi eksiklikler, halk sağlığı ve klinik müdahaleler için kritik bilgi boşlukları yaratmaktadır.

Türkiye’deki mevcut veriler, genel kumar oynama oranlarının son yıllarda göreceli olarak durağan bir seyir izlediğini, ancak yardım arama davranışında belirgin bir artış yaşandığını göstermektedir. “15 Yaş ve Üzeri Sağlık Davranışı Araştırması” bulgularına göre, hayatında en az bir kez kumar oynayanların oranı 2020’de %14,8 iken 2022’de %10,3’e, 2025’te ise %10,1’e gerilemiştir (Türkiye Yeşilay Cemiyeti, 2025). 2020 yılındaki bu görece yüksek oran, COVID-19 pandemi sürecinde bireylerin ev ortamına kapanması, sosyal izolasyon ve artan çevrimiçi aktiviteler ile ilişkilendirilebilir. Pandemi döneminde dijital oyun ve çevrimiçi bahis sitelerine erişimin kolaylaşması, bireylerin eğlence ve kaçış amaçlı kumara yönelimini geçici olarak artırmış olabilir. Dünya genelinde ise farklı bir eğilim gözlemlenmektedir. The Lancet Halk Sağlığı Kumar Komisyonu’nun raporuna göre, özellikle 2000’li yıllardan itibaren kumar endüstrisinin büyümesi, yasal düzenlemelerin gevşemesi ve çevrimiçi kumar olanaklarının artmasıyla birlikte kumar oynama davranışında anlamlı bir artış kaydedilmiştir (Wardle ve ark., 2021). Örneğin, Büyük Britanya Kumar Komisyonu verilerine göre çevrimiçi kumar oynama oranı 2012’de %14 iken 2020’de %24’e çıkmıştır (Gambling Commission, 2020). Benzer biçimde, Avrupa Okul Anketi (ESPAD) bulguları da ergenler arasında çevrimiçi kumar oynama oranının 2019–2024 arasında %7,9’dan %14’e yükseldiğini, yani yaklaşık iki katına çıktığını göstermektedir (ESPAD, 2024). Bu küresel eğilim, özellikle çevrimiçi platformların yaygınlaşmasının, kumar davranışını genç yaş grupları arasında daha erişilebilir ve "normalleştirilmiş" bir etkinlik haline getirdiğini desteklemektedir.

Sonuç olarak, Türkiye verileriyle dünya verileri birlikte değerlendirildiğinde, kumar oynama oranlarının küresel ölçekte artma eğiliminde, Türkiye’de ise durağan ya da hafif azalma eğiliminde olduğu görülmektedir. Ancak bu farklılık, ülkeler arası yasal düzenlemeler, kültürel tutumlar ve veri toplama yöntemlerindeki farklılıklarla açıklanabilir. Türkiye’de çevrimiçi kumarın büyük ölçüde yasadışı olması ve katılımcıların bu konuda daha temkinli davranması, yaygınlık oranlarının görece düşük raporlanmasına neden olmuş olabilir. Buna karşılık, YEDAM’a yapılan başvurulardaki keskin artış, Türkiye’deki görünür prevalanstan bağımsız olarak, kumar kaynaklı sorunların ciddiyetinin ve yardım ihtiyacının arttığına işaret etmektedir.

Rekreasyonel bir aktivite de olan kumar oynama davranışı, oynanan kumar çeşidi ve sayısı açısından patolojik olan ve olmayan bireyler arasında farklılık gösterebilmektedir. Nitekim bu tez çalışmasında ilgilenilen ve incelenen bir diğer epidemiyolojik veri de bu olmuştur. Kumar bağımlılığı açısından yüksek risk taşıyan bireyler arasında en sık oynanan

kumar türlerinin casino oyunları (%76.4), internet spor bahis (%74.5), spor toto/loto ve kazı kazan (%50.9) olduğu ve kumar bağımlılığı açısından hiçbir risk taşımayan bireyler arasında en sık oynanan kumar türlerinin olarak sırasıyla Hisse/Forex (%14,1), kazı-kazan (%11,5) ve milli piyango (%8,4) olduğu görülmüştür. Ayrıca kumar bağımlılığı açısından yüksek risk taşıyan bireyler arasında az iki farklı kumar türü oynayanların oranı %94.5 iken bu oran kumar bağımlılığı açısından hiçbir risk taşımayan bireyler arasında %7.6 olarak bulgulanmıştır. Bu bulgular, patolojik (yüksek riskli) ve rekreasyonel (risk taşımayan) kumar davranışları arasında niteliksel ve niceliksel olarak çarpıcı farklar olduğunu ortaya koymaktadır. Örneğin; yüksek riskli grupta en popüler olan casino oyunları (rulet, blackjack, slot makineleri) ve internet spor bahisleri, "yüksek hızlı" kumar türleri olarak değerlendirilmektedir (Binde, 2011). Bu oyunlar, sonucun hızlı bir şekilde belli olduğu, sık ve kısa aralıklarla bahis yapma imkanı sunan, dolayısıyla bağımlılık potansiyeli en yüksek olan oyunlardır. Finansal kayıpların anında gerçekleşmesi ve hızlı ardışık oyun döngüleri, dürtü kontrolünü zorlaştırmakta ve "kaybı kapatma" isteğini tetikleyerek kısır döngüyü beslemektedir. Öte yandan risk taşımayan grupta oynanan kumar çeşitleri arasında Hisse/Forex, kazı-kazan ve Milli Piyango gibi daha düşük frekanslı ve bazen yatırım algısıyla yaklaşılacak aktiviteler ön plandadır. Hisse/Forex işlemleri bir yatırım aracı olarak görülebilse de spekülasyon niteliğiyle bir kumar davranışına dönüşebilmektedir. Ancak, bu grupta bile oranlar oldukça düşüktür. Bu durum, rekreasyonel kumarın daha çok "şansına bakma", "eğlence" amaçlı ve sosyal normlarla daha iç içe geçmiş, düşük maliyetli ve düşük frekanslı aktivitelerden oluştuğunu göstermektedir. Bu çalışma bulgularının en önemli yanlarından biri de kumar çeşitliliğindeki devasa farktır. Yüksek riskli gruptaki bireylerin %94.5'inin en az iki farklı kumar türü oynaması, bağımlılık davranışının tipik bir özelliği olarak ya da "kumar açlığını" farklı kaynaklardan doyurma çabası olarak yorumlanabilir. Bir oyundan sıkılan veya kaybeden birey, heyecan ve "kazanma" umudunu başka bir kumar türünde arıyor olabilir. Bu davranış, kumarın hayatın merkezine yerleştiğinin ve bir bağımlılık olarak genelleştiğinin güçlü bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Buna karşılık, risk taşımayan grupta bu oranın sadece %7.6 olması, rekreasyonel kumarın genellikle belirli bir veya iki aktiviteyle sınırlı kaldığını, yayılcı bir karakter taşımadığını ortaya koymaktadır.

Bu çalışmada ortaya konan patolojik ve rekreasyonel kumar profilleri arasındaki bu belirgin ayrım, uluslararası ve ulusal literatürdeki araştırmalar sınırlı olsa da elde edilen bulgular sınırlı sayıdaki kaynaklarla paralellik göstermektedir. Örneğin; Wardle ve arkadaşlarının (2014) 16 yaş ve üzeri bireylerden oluşan geniş çaplı (N > 6000) bir toplum

örneklemiyle gerçekleştirdikleri çalışmada, katılımcıların en sık tercih ettiği kumar türünün %52 ile Milli Piyango Çekilişi olduğu ve bunu sırasıyla %19 ile kazı kazan kartları, %14 ile diğer piyango türleri, %10 ile at yarışı bahisleri ve slot makineleri takip ettiği görülmüştür. Toplum örnekleminde araştırılmış olan bu bulgular ile bu çalışmada KOB açısından herhangi bir risk taşımayan bireylerin oynadığı kumar çeşitlerine ilişkin bulgular yüksek düzeyde örtüşmektedir. Türkiye’de İnönü Üniversitesi öğrencileriyle yapılan ve öğrencilerin %45,8’inin son bir yılda en az bir kez kumar oynadığı görülen fakat patolojik kumar oynama ile ilgili herhangi bir bilgi vermeyen bir başka çalışmada da yaşam boyu en çok oynanan kumar oyunlarının milli piyango ve futbol bahisleri iken son bir yıldır en sık oynanan kumar oyunlarının sayısal şans oyunları olduğu raporlanmıştır (Çekem, 2004). Klinik olmayan örneklemelerde yapılan bu çalışmalar, KOB açısından risk taşımayan bireylerin düşük frekanslı kumar aktivitelerini tercih ettiğini göstermektedir. KOB açısından riskli olarak değerlendirilen bireylerle yapılan çalışmalara bakıldığında ise, yine bu tez çalışmasının bulgularıyla tutarlı olacak şekilde, bu bireylerin daha yüksek frekanslı kumar aktivitelerini tercih ettikleri görülmektedir. Örneğin; Çakıcı (2019) tarafından Kuzey Kıbrıs’ta yapılan çalışmada katılımcıların en fazla oynadığı kumar türünün casino oyunları (%79,5) ve en az tercih edilen kumar oyununun ise horoz güreşi (%10,9) olduğu bulgulanmıştır. Bu noktada kumar bağımlılığı açısından yüksek riskli bireylerin casino oyunları ve online spor bahis gibi hızlı sonuç veren oyunları tercih ettiği, kumar bağımlılığı açısından düşük riskli bireylerin ise hisse/forex ve milli piyango gibi daha yavaş sonuç veren oyunlara yöneldiği söylenebilir. Öte yandan bu tez çalışmasında olduğu gibi hem yüksek hem düşük riskli bireylerin oynadığı kumar çeşitlerini bir arada değerlendiren başka herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bağlamda, bu tez çalışmasının bulguları, patolojik ve rekreasyonel kumar profilleri arasındaki bu belirgin niteliksel farklılıkları sistematik bir şekilde belgeleyerek literatürdeki bu boşluğu doldurmaya aday nitelikte olduğu söylenebilir.

Son olarak, bu tez çalışmasında, oynan kumar çeşidi sayısı ile duygu düzenleme güçlüğü ($r=.813$) ve belirsizliğe tahammülsüzlük ($r=.501$) arasında anlamlı korelasyonlar sadece KOB açısından yüksek riskli bireylerde görülmüştür. Bu ilişkilerin sadece yüksek risk grubunda gözlemlenmesi ise kritik bir ayrımı vurgulamaktadır. Rekreasyonel kumar oynayan bireyler için kumar, çoğunlukla sosyal bir eğlence aracı iken, yüksek riskli grupta kumarın temel bir psikolojik işleve (duygu düzenleme ve belirsizliği giderme) hizmet ettiği öne sürülebilir. Bu durum, kumar davranışının bireyin ihtiyaçlarını gidermek için kumara giderek daha fazla güvendiği bir kısır döngüyü başlatma olasılığını göstermektedir. Sonuç olarak, bu

bulgular klinik uygulamalar için değerli çıkarımlar sunmaktadır. Kumar oynama bozukluğu için geliştirilecek psikoterapötik müdahalelerin, özellikle duygu düzenleme becerilerinin geliştirilmesine ve belirsizlikle başa çıkma kapasitesinin artırılmasına odaklanması, altta yatan bu temel güçlüklerle etkili bir şekilde müdahale edilmesini sağlayabilir.

5.2. Kumar Oynama Bozukluğuna İlişkin Demografik Bulgulara Yönelik Tartışma

Kumar oynama bozukluğuna (KOB) dair detaylı incelemelerin yapılması, bu konuyla ilgili risk taşıyan bireylerin belirlenebilmesi ve bu bireylere yönelik önleme stratejilerinin geliştirilebilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu çerçevede, demografik faktörlerin rolünü incelemek de önemlidir. Bu çalışma kapsamında, kumar oynama bozukluğuyla ilişkili olabilecek demografik risk faktörleri de incelenmiş ve erkek olma, daha büyük yaş (genç yetişkinler arasında), düşük baba eğitim düzeyi, yüksek kişisel gelir ve yüksek aile gelir düzeylerinin bu örneklem dahilinde olası risk faktörleri olarak öne çıktığı görülmüştür. Ulusal ve uluslararası veriler karşılaştırıldığında, bu bulguların bir kısmı literatür ile paralellik göstermekte, bir kısmı ise farklılaşmaktadır.

Bu paralelliklerden ilki ve en belirgin olanı, kumar oynama davranışının cinsiyetler arasındaki dağılımıdır. Hem ulusal hem de uluslararası literatür incelendiğinde, kumar oynama davranışının erkeklerde kadınlara kıyasla daha yüksek oranda görüldüğü tutarlı biçimde raporlanmaktadır (Buth ve ark., 2017; Çakıcı ve ark., 2015; Çakıcı ve ark., 2021; Cunha ve ark., 2017; Secades-Villa ve ark., 2016). Türkiye’de gerçekleştirilen “15 Yaş ve Üzeri Sağlık Davranışları Araştırması” verileri (toplum örnekleme), bu küresel eğilimle paralel biçimde, erkeklerde kumar oynama oranının kadınlardan belirgin düzeyde yüksek olduğunu göstermektedir. Hayatında en az bir kez kumar oynamış erkeklerin oranı %13,4 iken, kadınlarda bu oran %6,8 olarak raporlanmıştır (Türkiye Yeşilay Cemiyeti, 2025). Bu toplumsal cinsiyet farkı, çalışmamızın bulgularıyla da örtüşmektedir. Nitekim araştırmamızın amaçlı örnekleminde yalnızca erkek katılımcıların yer alması ve örneklemin tamamında kumar oynama bozukluğu açısından yüksek risk taşıyan bireylerin (N=55) neredeyse tamamının erkek olması (N=53), kumar oynama davranışının erkeklerde daha yüksek oranda gözlemlendiği yönündeki ulusal ve uluslararası bulgularla tutarlıdır.

Bununla birlikte, son yıllarda yapılan araştırmalar, kadınların kumar oynama oranlarında kademeli bir artış yaşandığını ve bu artışın özellikle çevrimiçi kumar ortamlarında daha belirgin hale geldiğini göstermektedir. McCormack ve arkadaşlarının (2014) çalışması, çevrimiçi kumar oynama davranışlarının cinsiyete göre anlamlı biçimde

farklılaştığını ve erkeklerin çevrimiçi kumar oynama oranlarının kadınlardan belirgin şekilde yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Bununla birlikte, aynı çalışma kadın katılımcıların çevrimiçi kumar ortamlarında giderek daha görünür hale geldiğini, kumar oynama motivasyonlarının (örneğin ücretsiz pratik yapma, daha az para harcama veya can sıkıntısını giderme gibi) erkeklerden farklılaştığını ve kadınların kumar oynama davranışına eşlik eden suçluluk ile utanç duygularının daha yoğun olduğunu bildirmektedir. Bu bulgular, kadınlarda kumar davranışına yönelik toplumsal damgalamanın sürdüğüne işaret etmekle birlikte, kumar oynama eğiliminin kadınlar arasında da giderek artış gösterdiğini ortaya koymaktadır. Öte yandan bu çalışmada kullanılan örneklemin tamamı dikkate alındığında kumar oynama bozukluğu açısından yüksek risk taşıyan bireyden sadece 2 tanesinin kadın olması nedeniyle, kadınların kumar oynama davranışları açısından detaylı bir yorum yapmak mümkün değildir.

Bu tez çalışmasında kumar oynama bağımlılığı açısından olası bir risk faktörü olarak ortaya çıkan bir diğer demografik faktör de daha büyük yaştır. Yukarda epidemiyolojik bulguların tartışılması sırasında kumar oynama bozukluğunun yaş ile azaldığını gösteren veriler sunulmuştu fakat bu çalışmanın (bkz. Wardle ve ark., 2014) yaş aralığı oldukça geniş bir ranja sahipken, bu tez çalışmasının örneklemini sadece genç yetişkinler oluşturmaktadır. Dolayısıyla, bu bulgu aslında literatür ile çelişmemektedir fakat genç yetişkinler arasında daha büyük yaşın olası bir risk faktörü olduğunu bu tez çalışmasının bulguları dahilinde söylemek mümkündür. Bu durum, genç yetişkinlik döneminin gelişimsel açıdan homojen bir dönem olmadığını ve erken yetişkinlikten (18-25) geç yetişkinliğe (26-32) doğru ilerledikçe kumar riskinin artabileceğini göstermektedir. Artan yaşla birlikte bireylerin finansal olanaklarının genişlemesi, kumar fırsatlarına daha uzun süre maruz kalmaları veya stres faktörlerindeki değişim bu artışı açıklayabilir. Bu nedenle, gelecekte yapılacak araştırmaların yaşı geniş kategoriler yerine gelişimsel alt dönemler temelinde ele alması önemli bir katkı sağlayacaktır.

Bu tez çalışmasında kumar oynama bağımlılığı açısından olası risk faktörü olarak ortaya çıkan demografik faktör arasında hem bireysel hem de aile gelirinin yüksek olması da bulunmaktadır. Analizler, yüksek risk grubundaki bireylerin hem kişisel gelirlerinin (M=45.862 TL) hem de aile gelirlerinin (M=103.609 TL) düşük risk grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Buna karşın, düşük risk grubundaki bireylerin kişisel ve ailesel gelir ortalamaları sırasıyla 15.980 TL ve 43.997 TL olarak bulunmuştur. Dolayısıyla, bu çalışma bağlamında yüksek gelir–yüksek risk örüntüsü gözlenmiştir. Bununla birlikte, mevcut tez çalışmasının bulguları bu genel eğilimden kısmen

sapmaktadır. Öte yandan bu bulgu, literatür ile uyumsuz gibi görünse de literatürde de bu yöndeki bulguların tartışmalı olduğuna değinmek önemlidir.

Bu tez çalışmasının gelir düzeyi ile ilgili bulgusunun tam tersi yönünde bulgulara sahip pek çok araştırma bulunmaktadır. Örneğin, düşük gelir düzeyinde sahip bireylerin patolojik kumar oynama oranlarının orta ve yüksek gelir grubundakilere göre daha yüksek olduğunu (Bondolfi ve ark., 2000; Petry ve Mallya, 2004) ve diğer sosyodemografik değişkenler kontrol edildiğinde dahi düşük gelir grubundaki bireylerin problemlili kumar oynama açısından daha yüksek olasılığa sahip olduğu (Orford, 2004) bulgulanmıştır. Ayrıca, düşük gelirli bireylerin gelirlerinin daha büyük bir kısmını kumara ayırdıkları ve buna bağlı olarak kayıplardan daha fazla psikolojik olarak etkilendikleri de farklı çalışmalarla gösterilmiştir (Armstrong ve Carroll, 2017; van der Maas, 2016). Öte yandan kumarın ve sorunlu kumarın yaygınlığını inceleyen bir sistematik inceleme çalışmasında (bkz. Tran ve ark., 2024) 68 farklı ülkeden raporlar incelenmiş ve çalışmaların çoğunun yüksek gelirli ülkelerde yapıldığı da görülmüştür. Bu durum, kumar oynama davranışlarının uluslararası düzeyde özellikle yüksek gelirli toplumlarda daha sık raporlandığına işaret etmektedir. Bu bulgu ile birlikte düşünüldüğünde yüksek gelirli bir toplumda düşük gelire sahip olmak ile, düşük gelirli bir toplumda düşük gelire sahip olmak eş anlamlı olmayabilir. Dolayısıyla, kumar davranışının yalnızca bireysel değil, aynı zamanda sosyoekonomik ve kültürel bağlamlarla da yakından ilişkili olduğu ve bu anlamda bazı bulguların kültüre özgü olabileceği de söylenebilir. Bu bağlamda bir başka bakış açısını da sorunlu kumar davranışı ile gelirin düzeyi arasındaki ilişkinin gelirin düzeyinden çok kaybın düzeyi ve kişi için anlamı ile ilişkili olabileceği de iddia edilmektedir. Örneğin; eğlence amaçlı kumar oynayan orta ve yüksek gelirli bireylerin düşük gelirli bireylere kıyasla daha uzun süreli ve sık aralıklarla kumar oynadıkları ancak düşük gelirli bireylerin kumara bağlı kazanç veya kayıp bildirme oranlarının daha düşük olduğu belirtilmiştir (Barry ve ark., 2007). Benzer biçimde, yüksek gelirli bireylerin finansal kayıpları telafi edebilme kapasiteleri, kumarı rekreasyonel bir etkinlik olarak görme eğilimleri ve daha fazla risk alabilme esneklikleri, bu farklı yönelimi açıklayabilir. Dolayısıyla, gelirin kumar davranışı üzerindeki etkisi doğrusal bir ilişkiden ziyade, bireysel motivasyonlar ve bağlamsal faktörlerle etkileşimli bir yapı sergilediği de söylenebilir.

Bu tez çalışmasında kumar oynama bağımlılığı açısından olası bir risk faktörü olarak ortaya çıkan son demografik faktör ise baba eğitim düzeyidir. Çalışma kumar oynama riski ve baba eğitim düzeyi arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğunu

göstermekle birlikte anne eğitim düzeyi ve kişisel eğitim düzeyi ile herhangi anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Pek çok patoloji için sıklıkla incelenen bir demografik değişken olarak eğitim düzeyi, sorunlu kumar oynama açısından farklı çalışmalarda farklı sonuçlar göstermektedir. Nitekim kumar oynama davranışı ile eğitim düzeyi arasındaki ilişkiye de bakılan bir sistematik inceleme çalışmasında (bkz. Moreira ve ark., 2023) kumar oynama davranışı ile eğitim düzeyi arasındaki ilişkinin literatürde tutarlı bir biçimde ortaya konmadığı, bazı çalışmalarda düşük eğitim düzeyinin risk faktörü olarak raporlandığı, diğerlerinde ise anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir. Bu durum, eğitim düzeyinin kumar davranışları üzerindeki etkisinin bağlama, kültüre veya örneklemin sosyoekonomik özelliklerine göre değişkenlik gösterebileceğini düşündürmektedir. Mevcut çalışmada ise, sadece düşük baba eğitim düzeyi ile anlamlı sonuçlar görülmekte; kişisel eğitimin ve anne eğitiminin düşük olması konusunda ise benzer bir sonuç bulunmamıştır.

5.3. Kumar Oynama Bozukluğu, Duygu Düzenleme ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Arasındaki Korelasyonel Bulgulara İlişkin Tartışma

Kumar Oynama Bozukluğunun altında yatan psikolojik mekanizmaları anlamak, etkili önleme ve müdahale stratejileri geliştirmenin de temelini oluşturması açısından kritiktir. Bu bağlamda, duygu düzenleme ve belirsizliğe tahammülsüzlük gibi tanılar üstü süreçlerin KOB ile olan olası ilişkisi, giderek daha fazla araştırmanın odağı haline gelmektedir. Bu bağlamda, söz konusu psikolojik değişkenlerin KOB ile olan ilişkisini farklı örneklem türleri (kartopu ve amaçlı örneklem) üzerinden de inceleyen bu tez çalışmasından elde edilen bulgular, bu ilişkilerin örneklemin doğasına göre farklılaşıp farklılaşmadığının da ortaya koyması açısından dikkat çekicidir. Çalışmanın ilgilendiği psikolojik değişkenlere bakıldığında kartopu örnekleme Kumar bağımlılığı risk düzeyi (KURT ile ölçüldüğü haliyle) ile duygu düzenleme (DDGÖ-16 ile ölçüldüğü haliyle) ve belirsizliğe tahammülsüzlük (BTÖ-12 ile ölçüldüğü haliyle) arasında anlamlı korelasyonlar görülmemiş fakat amaçlı örnekleme kumar bağımlılığı risk düzeyi ile duygu düzenleme ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasında da pozitif yönde anlamlı ilişkiler görülmüştür. Bu bulgular, KOB'un psikolojik temellerine ilişkin önemli ve birbiriyle bağlantılı iki gerçeği ortaya koymaktadır. İlk olarak, amaçlı örnekleme gözlemlenen orta ile güçlü düzeydeki pozitif korelasyonlar, klinik düzeyde risk taşıyan bir grupta KOB ile bu iki psikolojik değişken arasında güçlü bir bağ olduğunu doğrulamaktadır. İkinci ve belki de daha önemli olan bulgu ise, bu ilişkilerin kartopu örnekleme anlamlı çıkmamış olmasıdır. Bu durum, örneklemin yapısının araştırma bulguları

üzerinde belirleyici bir etkisi olduğuna işaret etmektedir. Kartopu örnekleminin nispeten daha heterojen ve toplumun genelini temsil etme potansiyeli daha yüksek olan yapısı içinde, bu psikolojik değişkenler ile kumar riski arasındaki ilişkinin "gürültülü" veya zayıf olabileceği düşünülebilir. Buna karşılık, amaçlı örnekleme zaten yüksek risk taşıyan bireylerin seçilmiş olması, ilişkinin daha net ve güçlü bir şekilde gözlemlenmesine olanak sağlamıştır. Bu fark, KOB'un psikolojik dinamiklerinin, genel popülasyondaki düşük riskli bireylerden ziyade, klinik risk altındaki spesifik bir grupta daha belirgin ve gözlemlenebilir olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak, bu bulgular hem duygu düzenleme ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün KOB için önemli risk faktörleri olabileceğini göstermekte hem de bu ilişkinin özellikle yüksek riskli klinik popülasyonlarda daha güçlü bir şekilde kendini gösterdiğine dair kritik bir kanıt sunmaktadır.

Literatürde bu alanda yapılan çalışmalara bakıldığında bu bulgularla tutarlı sonuçlara rastlanmaktadır. KOB bağlamında belirsizliğe tahammülsüzlüğün sadece bir çalışmada ele alındığına (bkz. Zhou ve ark., 2022) dikkat çekmek önemli olmakla birlikte KOB, duygu düzenleme açısından sıklıkla değerlendirilmiş bir tanımlar üstü süreçtir ve tutarlı bir şekilde duygu düzenleme gücüyle kumar bağımlılığı ve kumar bağımlılığı şiddeti arasında pozitif ilişkiler olduğu görülmüştür. Bu bağlamda KOB ve duygu düzenlemeyi ele alan 22 çalışmayı sistematik bir şekilde inceleyen Neophytou ve arkadaşları (2023) da problemli kumar oynama ile duygu düzenleme/başa çıkma stratejileri arasında yapılan çalışmaların %96'sında anlamlı bir ilişki bulunduğunu ve duygu düzenleme stratejileri açısından da özellikle kaçınma temelli duygu düzenleme stratejilerinin problemli kumar davranışlarının şiddeti ile sistematik bir şekilde bağlantılı olduğunu raporlamıştır. Duygusal farkındalık ve duygusal berraklık eksikliklerinin, bireylerin duygularını tolere etme kapasitesini azaltarak kumar davranışının sürdürülmesine etki ediyor olabileceği de ayrıca vurgulanmıştır. Mevcut çalışmada da KURT puanları ile DDGÖ'nün tüm alt boyutları arasında anlamlı ve pozitif yönde ilişkiler bulunması; özellikle DDGÖ-Açıklık alt boyutunda gözlemlenen korelasyonun en yüksek düzeydeki korelasyon olması, bu sonucu doğrudan desteklemektedir. Bu durum, duygusal farkındalık eksikliğinin ve duyguların tanınmasındaki güçlüklerin bireyleri kumar davranışına yönelten önemli bir psikolojik mekanizma olabileceğini göstermektedir.

Duygu Düzenleme ve KOB arasındaki ilişkilere daha detaylı bir şekilde -alt faktörler açısından- bakıldığında, amaçlı örneklem dahilinde KOB'un, duygu düzenlemenin (DDGÖ ile ölçüldüğü haliyle) tüm alt boyutları (açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler ve kabul etmeme) ile pozitif yönde anlamlı ilişkileri olduğu görülmekle birlikte, kartopu örneklem dahilinde de

dürtü ve kabul etmeme alt boyutlarının KOB ile pozitif yönde anlamlı ilişkileri olduğu gözlemlenmektedir. Bu bulgular, duygu düzenleme güçlüğünün KOB ile olan ilişkisini anlamamız açısından oldukça değerli ve katmanlı bir bakış sunmaktadır. İlk olarak, amaçlı örneklemede KOB ile duygu düzenlemenin tüm alt boyutları arasında anlamlı ilişkilerin gözlemlenmesi, klinik risk altındaki bireylerde bu bozukluğun, duygu düzenleme becerisinin neredeyse tüm alanlarında yaşanan kapsamlı bir zorlukla el ele gittiğini göstermektedir. Bu bireyler duygularını anlamakta (açıklık), duygu durumlarıyla uyumlu hedefler belirlemekte (amaçlar), dürtüsel davranmamakta (dürtü kontrolü), etkili düzenleme stratejileri geliştirmekte (stratejiler) ve hissettikleri duyguları kabul etmekte (kabul etmeme) genel bir güçlük yaşamaktadır. Bu tablo, KOB'u olan bireylerde duygu düzenleme sisteminin bütünsel olarak işlevsizleştiği şeklinde yorumlanabilir. Ancak asıl çarpıcı ve klinik açıdan anlamlı olan bulgu, bu ilişkinin kartopu örneklemindeki görünümüdür. Toplumun daha genel bir kesitini temsil eden bu grupta, anlamlı korelasyonel ilişkilerin yalnızca dürtü kontrolü ve duygusal kabul etmeme boyutlarıyla sınırlı kalması, son derece önemli ipuçları barındırmaktadır. Bu durum, KOB riskinin artmasında, diğer duygu düzenleme boyutlarına kıyasla bu iki spesifik mekanizmanın daha merkezi ve belirleyici bir rol oynuyor olabileceğine işaret etmektedir. Örneğin; KOB ve dürtü alt boyutu arasındaki anlamlı ilişkinin hem amaçlı örneklemede görülmesi hem de bu anlamlı ilişkinin kartopu örneklemede de karşımıza çıkıyor oluşu kumar davranışının temelinde yatanın, daha rahatsız edici bir duygu hissedildiğinde (anksiyete, öfke, can sıkıntısı) o duygunun yarattığı rahatsızlığı düşünmeden ve alternatif çözüm yolları değerlendirmeden dürtüsel bir şekilde gidermeye çalışmak olduğunu düşündürür niteliktedir. Bu anlam da kumar, hızlı ve dürtüsel bir "duygu düzenleyici" işlevi görüyor olabilir. Benzer durumun kabul etmeme alt boyutunda da gözlemlenmesi ise bireylerin hissettikleri olumsuz duyguları deneyimlemeye, tolere etmeye ve kabul etmeye direnç göstermesi anlamına geliyor olabilir. Buradaki temel motivasyon, hoş olmayan duygulardan kaçınmak veya onlardan kurtulmak olarak değerlendirilebilir. Bu bağlamda da kumar, katlanılması zor olan duygusal durumlardan bir "kaçış" stratejisi olarak işlev görüyor olabilir ki bu bulgu Neophytou ve arkadaşları (2023) tarafından yapılan sistematik inceleme bulguları ile de tutarlı görünmektedir. Öte yandan bu iki örneklemedeki farklılık, KOB'un gelişimi ve sürdürülmesine dair önemli bir model de önerebilir. Örneğin; genel popülasyonda, dürtüsellik ve duygusal kaçınma gibi temel ve güçlü psikolojik yatkınlıklar, KOB için birincil risk faktörleri olarak öne çıkabilir. Bireyler, olumsuz duygulardan kaçınmak için dürtüsel bir şekilde kumara yönelebilir. Ancak, bozukluk şiddetlendikçe ve birey yüksek risk grubuna doğru ilerledikçe,

duygu düzenlemedeki bozulma daha yaygın ve kapsamlı bir hal alarak tüm alt boyutlara yayılabilir. Böyle bir yorum, klinik uygulama için kritik bir mesaj da içerir: KOB tedavisinde, özellikle dürtü kontrolünü güçlendirmeye ve duyguları kabul etme ve tolere etme becerilerini (sıkıntıya dayanıklılık) geliştirmeye yönelik müdahaleler, sadece risk altındaki genel popülasyon için değil, aynı zamanda klinik vaka olan bireyler için de temel ve vazgeçilmez bir bileşen olmalıdır.

Zhou ve arkadaşlarının (2022) Çin’de yürüttüğü bir araştırmada, belirsizliğe tahammülsüzlük, duygu düzenleme güçlüğü ve kumar oynama dürtüsü arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Çalışmaya, son bir yıl içerisinde herhangi bir kumar aktivitesine katılmış 580 birey dâhil edilmiş ve değişkenler arasındaki korelasyonlar analiz edilmiştir. Bulgular, belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi ile kumar oynama isteği arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Bu sonuç, bireylerin belirsizlik karşısında yaşadıkları bilişsel ve duygusal rahatsızlığın kumar davranışına yönelik içsel dürtüyü artırabileceğini düşündürmektedir. Araştırmada ayrıca, duygu düzenleme güçlüğü yüksek olan bireylerin belirsizliğe daha az tahammül gösterebildiği ve bu durumun kumar oynama motivasyonlarını güçlendirdiği bildirilmiştir.

Mevcut çalışmanın bulguları, Zhou ve arkadaşlarının (2022) sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Özellikle amaçlı örneklem grubunda, Kumar Oynama Risk Testi (KURT) toplam puanları ile duygu düzenleme güçlüğü ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar saptanmıştır. Benzer şekilde, duygu düzenleme güçlüğü ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki pozitif ilişki de anlamlı bulunmuştur. Bu bulgular, bireylerin belirsiz durumlara karşı tahammülsüzlüklerinin ve duygusal düzenleme kapasitelerindeki yetersizliklerin, kumar oynama davranışına yönelik eğilimleri ile ilişkili olabileceğini desteklemektedir.

Önemle vurgulanmalıdır ki, literatürde belirsizliğe tahammülsüzlük ile kumar oynama arasındaki ilişki sınırlı sayıda çalışmada incelenmiştir. Bu çalışmada da korelasyonel düzeyde elde edilen bulgular, belirsizliğe tahammülsüzlük ile kumar davranışı arasındaki potansiyel ilişkileri gözlemlemekte ve bireylerin riskli kararlar alma süreçlerinde belirsizlik toleransının önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir.

5.4. Kumar Oynama Bozukluğu Açısından Yüksek Risk Taşıyan Bireylerle Herhangi Bir Risk Taşımayan Bireylerin Karşılaştırma Bulgularına İlişkin Tartışma

Bu tez çalışmasında son olarak, KOB açısından yüksek risk düzeyine sahip bireyler ve bu bireylerle demografik açıdan eşlenmiş fakat KOB açısından herhangi bir risk taşımayan bireyler hem duygu düzenleme güçlüğü hem belirsizliğe tahammülsüzlük açısından karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırma sonucunda da KOB açısından yüksek riskli bireylerin, herhangi bir risk taşımayan bireylere kıyasla hem duygu düzenleme güçlüğü hem de belirsizliğe tahammülsüzlük açısından anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Bu tez kapsamında elde edilen bu bulgular, aşağıda detaylı bir şekilde tartışılmaktadır.

Eşleştirilmiş vaka-kontrol analizi sonuçları KOB açısından yüksek risk düzeyine sahip bireylerin, tüm alt faktörler de dahil olmak üzere hem duygu düzenleme güçlüğü (açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler ve kabul etmeme) hem de belirsizliğe tahammülsüzlük (ileriye yönelik BT ve engelleyici BT) konusunda anlamlı düzeyde daha yüksek puanlara sahip olduğunu göstermiştir. Bu anlamda en büyük etki büyüklüğü özellikle dürtü alt faktöründe gözlemlendi ki bu sonuç literatürdeki bulgularla da uyumludur (örn., Neophytou ve ark., 2023; Williams ve ark., 2012). Alandaki diğer çalışmalar da KOB açısından özellikle dürtüselliği yatkınlaştırıcı bir risk faktörü olarak işaret etmektedir (Shenassa ve ark., 2012; Slutske ve ark., 2012), ancak kronik kumar oynamanın nöroadaptif değişiklikler yoluyla zamanla dürtüselliği şiddetlendirmesi de muhtemeldir (Clark ve Boileau, 2019; Wiehler ve Peters, 2021). Yani dürtüsel olmak bireyin KOB riskini artırabileceği gibi düzenli bir şekilde kumar oynamak da zamanla sorunlu kumar davranışlarına evrilmekte ve bu da sinir sistemini yeniden şekillendirebilmekte ve dolayısıyla kişiyi daha dürtüsel bir hale getirebilmektedir. Bu noktada nedenselliği net bir şekilde ortaya koyabilmek henüz mümkün olmamıştır.

KOB açısından yüksek riskli bireyler özellikle engelleyici BT (davranışı durdurabilme) alt ölçeği de dahil olmak üzere, yüksek Belirsizliğe Tahammülsüzlük açısından da daha yüksek puanlar almışlardır ki bu bulgu, belirsizlik karşısında hareket etmekte zorlandıklarını göstermektedir. Bu durum, KOB açısından yüksek riskli bireylerin, gündelik hayattaki belirsizlikle ilişkili sıkıntıdan kaçmak için, kumarın sözde/yapay yapılandırılmış ve sözde/yapay tahmin edilebilir bir ortam sunması açısından kumarı, belirsizliğin getirdiği rahatsızla baş edebilmek için uyumsuz bir duygu düzenlemesi için kullanıyor olabileceğine işaret edebilir (Wood ve Griffiths, 2007; Brosschot ve ark., 2016; Freeston ve Komes, 2023). Bu bulgu bir paradoks gibi görüldüğü için biraz daha açmak

uygun olacaktır. Davranışsal ketlenmeyle (engelleyici BT) ilişkili bir özellik neden aşırı dürtüsellikle tanımlanan bir eylemle (sorunlu kumar davranışları) ya da bir bozuklukla (KOB) bağlantılıdır? Bu bulguyu BT literatüründe karşımıza çıkan ve BT düzeyleri yüksek olan bireylerin davranışsal çeşitliliklerini açıklamaya çalışan kaynaklarla yanıtlamak mümkündür (bkz. Sankar ve ark., 2017). Örneğin; BT düzeyi bazı bireyler karar vermeyi geciktirmekte ve emin olmak için aşırı bilgi aramaktayken, bazıları da belirsizliği hızlıca sonlandırmak için -kişiye önemli bir maliyeti olsa bile- aceleci bir karar almakta ve bu anlamda dürtüsel şekilde hareket eder gibi görünmektedirler. Donup kalmak veya endişelenmek (ileriye yönelik BT) yerine, KOB açısından yüksek riskli bireyler, itici bir durumu (belirsizliğin tetiklediği arzu edilme yen içsel duygu durumu) hızlıca çözmek için -kumar gibi- dürtüsel eylemle tepki veren bir alt grup olabilir. Bu durum, çalışmada engelleyici BT'nin (hareket etmede zorluk), ileriye yönelik BT'den (gelecek hakkında endişe) daha güçlü bir şekilde kumar riskiyle ilişkili olmasını da açıklamaktadır. İlginç olan şudur ki, normalde daha yüksek engelleyici BT'si olan kişilerin donup kalmasını veya aşırı düşünmesi beklenir. Ancak, KOB açısından yüksek riskli bireylerde durum tam tersi gibi görünmektedir. Yani rahatsız olmaları onları yavaşlamaya değil daha hızlı hareket etmeye itiyor olabilir ve bu da kumarın onlar için neden bu kadar cazip olduğunun bir nedeni olabilir. Klinik açıdan, bu durum tedavide engelleyici BT'yi hedefleme ihtiyacını vurgulamakta ve muhtemelen KOB açısından yüksek riskli bireylerin dürtüsel eyleme başvurmadan, belirsizliğe tahammül etmeyi öğrenmelerine yardımcı olabilecek maruz bırakma temelli müdahaleleri öne çıkarmaktadır.

VI. BÖLÜM

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde, bu tez çalışması sonucunda elde edilen bulgular kapsamında ulaşılan sonuçlara ve bu sonuçlar doğrultusunda hazırlanan önerilere yer verilmektedir. Çalışmanın güçlü yönleri ve sınırlılıkları da yine bu bölüm boyunca ilgili yerlerde belirtilmiştir.

6.1. Sonuçlar

Bu araştırma, 18-32 yaş aralığındaki genç yetişkinlerde kumar oynama bozukluğu (KOB) riskini ve ayrıca KOB'un duygu düzenleme gücü ve belirsizliğe tahammülsüzlük gibi tanılar üstü psikopatolojik yapılar bağlamında değerlendirilmesini amaçlamıştır. Araştırma sonuçları, KOB'un yalnızca davranışsal ya da demografik bağlamda değil, bireyin içsel psikolojik süreçlerindeki bozulmalarla da anlamlı şekilde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

Elde edilen bulgular, örneklemin tamamında bireylerin %10,3'ünün KOB açısından yüksek risk grubunda yer aldığını göstermektedir. Bu oran, genç yetişkinler arasında dikkat çeken bir düzeydedir ve halk sağlığı açısından önem arz etmektedir. Bu noktada öncelikle, karma yöntemli örnekleme yaklaşımının (kartopu ve amaçlı örnekleme) kullanılması, hem normatif (genel popülasyondaki) hem de yüksek riskli kumar davranışlarını kapsamlı biçimde yakalayarak ekolojik geçerliliği artırmıştır. Örnekleme türleri arasındaki belirgin kumar yaygınlığı farkı (%3.6'ya karşı %63.3), özellikle Türkiye gibi kültürel olarak yeterince incelenmemiş bağlamlarda, risk altındaki bireyleri belirlemede hedefe yönelik örnekleme stratejilerinin önemine işaret etmektedir.

KOB açısından olası demografik riskler incelendiğinde daha ileri yaşın, erkek olmanın, daha yüksek kişisel ve aile gelirin ve daha düşük baba eğitim düzeyinin bu örneklem kapsamında olası risk faktörleri olduğu bulgulanmıştır. Bu bağlamda yaş değişkeninin risk faktörü olarak görünmesi, örneklemin genç yetişkinlik döneminde yer alması nedeniyle, 18-32 yaş aralığında ileri yaş grubuna yaklaştıkça bireylerin akademik, mesleki ve sosyal sorumluluklarının arttığını ve buna bağlı psikososyal baskıların yoğunlaştığını düşündürmektedir. Genç yetişkinlik döneminde rol ve kimlik beklentilerinin belirginleşmesi, geleceğe ilişkin belirsizliklerle birleştiğinde duygu düzenleme gereksinimini artırmakta ve bu durum KOB açısından kırılganlığı artıran bir zemin oluşturuyor olabilir. Erkeklerde riskin daha yüksek bulunması, toplumsal cinsiyet rollerinin genç yetişkinlik

döneminde daha görünür hale gelmesiyle ilişkilendirilebilir. Bu dönemde erkeklerin duygusal ifade ve yardım arama davranışlarını bastırmaya daha fazla eğilim göstermeleri, uyumsuz başa çıkma stratejilerinin sürdürülmesine ve KOB semptomlarının daha belirgin ortaya çıkmasına yol açabilir. Yüksek kişisel ve aile gelir düzeyinin riskle ilişkili olması ise genç yetişkinlik bağlamında performans, başarı ve statü beklentilerinin yoğun olduğu aile ve sosyal çevrelere işaret etmektedir. Bu tür çevrelerde bireyin başarı yönelimli bir baskı altında gelişmesi, duygusal ihtiyaçların geri planda kalması ve kusurluluk ya da yetersizlik algısının içselleşmesi riskin artmasına katkı sunabilir. Baba eğitim düzeyinin düşük olması ise erken dönem aile etkileşimlerinde duygusal iletişim, modelleme ve destek süreçlerinin yetersiz kalabileceğini gösteren dolaylı bir göstergedir. Bunun genç yetişkinlik döneminde, özellikle yakın ilişkiler ve özdeğer algısıyla bağlantılı alanlarda kırılganlık yaratabileceği söylenebilir. Genel olarak bu bulgular, 18–32 yaş aralığındaki bireylerde KOB riskinin sosyoekonomik, ailesel ve toplumsal faktörlerin etkileşimiyle şekillenen çok boyutlu bir yapıya sahip olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, genç yetişkinlik döneminde görünür hale gelen psikososyal baskıların ve erken aile deneyimlerinin, KOB belirtilerinin ortaya çıkışında birlikte rol oynayabileceğine işaret etmektedir.

Tanımlar üstü değişkenlerden duygu düzenleme güçlüğü ve belirsizliğe tahammülsüzlük de KOB ile pozitif yönde anlamlı ilişkiler göstermiştir fakat bu anlamlı ilişkiler sadece amaçlı örnekleme görülmüş kartopu örnekleme ise böyle bir bulguya rastlanmamıştır. Ayrıca amaçlı örnekleme hem DD hem de BT alt faktörlerinin tamamında benzer anlamlı ilişkiler görülmüştür. Kartopu örnekleme ise KOB ile DD-Dürtü ve DD-kabul etmeme alt faktörleri açısından pozitif yönde anlamlı ilişkilere rastlanmıştır. Tanımlar üstü değişkenlerden duygu düzenleme güçlüğü (DD) ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün (BT) KOB ile pozitif ve anlamlı ilişkiler göstermesi, KOB belirtilerinin bu iki bilişsel-duygusal süreçle yakından bağlantılı olduğunu düşündürmektedir. Ancak bu anlamlı ilişkilerin yalnızca amaçlı örnekleme görülmesi, örnekleme yöntemi ve gruplaşma dinamiklerinin bulgular üzerinde etkili olabileceğine işaret etmektedir. Amaçlı örneklem, KOB belirtileri açısından daha klinik özellikler taşıyan ya da risk düzeyi yüksek bireyleri daha yoğun biçimde içermektedir ve bu nedenle hem DD hem de BT alt boyutlarında tutarlı ve güçlü ilişkilerin ortaya çıkması, bu grupta KOB'un duygusal ve bilişsel süreçlerle daha bütünlüklü bir etkileşim içinde seyrettiğini göstermektedir. Buna karşılık kartopu örnekleme anlamlı ilişkilerin yalnızca DD-dürtü ve DD-kabul etmeme alt boyutlarında ortaya çıkması, bu grupta KOB ile duygu düzenleme süreçleri arasındaki ilişkinin daha sınırlı ya da daha yüzeysel

seyrettiğini düşündürmektedir. Bu bulgu, kartopu örnekleminin daha heterojen bir yapıya sahip olmasından, klinik belirtilerin daha düşük yoğunlukta görülmesinden veya bireylerin KOB'a eşlik eden bilişsel-duygusal süreçler açısından daha geniş bir çeşitlilik göstermesinden kaynaklanmış olabilir. Genel olarak bu sonuçlar, KOB'un duygusal ve bilişsel süreçlerle bağlantısının örneklemin niteliğine göre değişebildiğini ve klinik özelliklerin belirgin olduğu gruplarda bu ilişkilerin daha kapsamlı bir örüntü sergilediğini göstermektedir.

Son olarak eşleştirilmiş vaka-kontrol karşılaştırması bulguları, KOB açısından yüksek risk taşıyan bireylerin duygu düzenleme güçlüğü (DD) ve belirsizliğe tahammülsüzlük (BT) düzeylerinin, KOB açısından risk taşımayan bireylere kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, KOB'un duygusal ve bilişsel süreçlerle yakından ilişkili bir yapı olduğunu doğrular niteliktedir. Üstelik bu farklılıkların DD ve BT'nin tüm alt boyutlarında tutarlı biçimde gözlemlenmesi, KOB riskinin yalnızca belirli alanlarla sınırlı olmadığını, duygu düzenleme ve belirsizlikle baş etme süreçlerinin bütüncül olarak etkilendiğini düşündürmektedir. KOB riski yüksek olan bireylerde duygusal yaşantıları düzenleme kapasitesinin genel olarak zayıfladığı, belirsiz durumlara yönelik toleransın ise belirgin biçimde düştüğü söylenebilir. DD boyutları içinde en yüksek etki düzeyinin dürtü alt faktöründe görülmesi, KOB açısından riskli bireylerin yoğun duygu yaşantıları sırasında davranışlarını kontrol etmekte daha fazla zorlandıklarını göstermektedir. Bu bulgu, duygu düzenleme bozulduğunda bilişsel süreçlerin devreden çıkmasına, düşünmeden verilen tepkilerin artmasına ve duygusal yük altında davranışsal kontrolün zayıflamasına işaret eden klinik gözlemlerle de tutarlıdır. Benzer şekilde BT boyutlarında en büyük etkinin engelleyici BT'de ortaya çıkması, KOB riski yüksek bireyler açısından – özellikle dürtüsellikle birlikte düşünüldüğünde- bir paradoks gibi görünse de BT düzeyi yüksek bireylerin de farklı davranışsal tepkileri bağlamında açıklanabilmekte ve bu anlamda klinik açıdan da kritik bilgiler sunmaktadır. Bu bulgu, kumarın gerçek bir risk arayışı olmadığını; aksine, belirsizliğin yarattığı sıkıntıyı gidermeye yönelik, kontrol yanılması üzerinden yeniden bir güvenlik duygusu kazanmaya yönelik uyumsuz bir girişim olduğunu göstermektedir.

Çalışmanın en güçlü yönlerinden biri, eşleştirilmiş vaka-kontrol üzerinden karşılaştırma yapılması yaş ve sosyodemografik özellikler gibi karıştırıcı değişkenlerin etkisini en aza indirerek, kumar oynama bozukluğunda (KOB) rol oynayan tanılar üstü faktörler üzerine daha güçlü çıkarımlar yapılmasını sağlamıştır. Ayrıca, çalışmanın genç yetişkin popülasyonuna odaklanması, bu grubun gelişimsel özellikleri ve risk alma eğilimleri

nedeniyle kumar davranışına karşı özgül bir duyarlılığa sahip olması bakımından önemli bir katkı sunmaktadır. Bu yaklaşım, KOB'un yalnızca patolojik bir davranış biçimi değil, aynı zamanda duygusal ve bilişsel olgunlaşma süreçleriyle etkileşimli bir fenomen olduğunu vurgulamaktadır.

Bununla birlikte, çalışmanın bazı sınırlılıkları da bulunmaktadır. İlk olarak, kesitsel ve ilişkisel araştırma tasarımı, BT, DD ve kumar riski arasındaki ilişkilerde zamansal nedenselliği test etmeye olanak tanımamaktadır. Bu nedenle, bu tanımlar üstü faktörlerin KOB gelişiminden önce mi geldiğini, yoksa uzun süreli kumar davranışının bir sonucu olarak mı ortaya çıktığını belirleyebilmek için boylamsal ve deneysel çalışmalar gerekmektedir. İkinci olarak, amaçlı örneklem grubunun yalnızca erkek katılımcılardan oluşması, bulguların cinsiyetler arası genellenebilirliğini sınırlandırmaktadır. Bu durum, kumar oynama biçimleri ve duygusal düzenleme stratejilerindeki cinsiyete özgü farklılıklar (Wong ve ark., 2013) göz önünde bulundurulduğunda önemli bir metodolojik sınırlılık oluşturmaktadır. Üçüncü olarak, çalışmada kullanılan öz bildirim ölçekleri, damgalanma nedeniyle eksik bildirim veya hatırlama yanlılığı sonucu aşırı bildirim riskini beraberinde getirmektedir. Gelecekteki araştırmalarda, davranışsal gözlemler, biyobelirteçler veya nörofizyolojik ölçümler gibi nesnel değerlendirmelerin öz bildirim verileriyle bütünleştirilmesi, ölçümlerin güvenilirliğini artırabilir. Dördüncü olarak, çalışmanın Türk genç yetişkin örneklemini ile sınırlı olması, bulguların kültürler arası genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Kumar normlarının, dini değerlerin ve düzenleyici politikaların farklı kültürlerde değişkenlik göstermesi, BT ve DD'nin KOB üzerindeki etkilerinin kültüre özgü biçimlerde ortaya çıkabileceğini düşündürmektedir. Tüm bu sınırlılıklara rağmen, çalışma; epidemiyolojik bilgiler sağlaması açısından ve ayrıca, karşılaştırmalı yaklaşımı kullanarak tanımlar üstü süreçler çerçevesinde KOB'u ele alması açısından literatüre önemli katkılar sağlamaktadır.

6.2. Öneriler

Bu bölümde, araştırmada ulaşılan bulgular doğrultusunda hem araştırmacılara hem klinik uygulayıcılara hem de toplum sağlığı ve kamusal politikalara yönelik öneriler sunulmaktadır. Bulgular, kumar oynama bozukluğunun (KOB) yalnızca davranışsal bir bağımlılık değil, aynı zamanda duygusal, bilişsel ve toplumsal süreçlerin etkileşimiyle şekillenen çok boyutlu ve karmaşık bir psikopatolojik yapı olabileceğini göstermektedir. Bu doğrultuda öneriler, araştırmanın bulgularını bütüncül bir perspektifte ele alarak hem

araştırma hem de uygulama düzeyinde çok yönlü bir bakış açısı sunacak şekilde katkılar sunmayı amaçlamaktadır.

6.2.1. Araştırmacılara Sunulan Öneriler

1. Bu çalışma, KOB riski ile duygu düzenleme güçlüğü ve belirsizliğe tahammülsüzlük (BT) arasındaki ilişkileri inceleyen kesitsel bir araştırma olarak tasarlanmıştır. KOB'un tanılar üstü faktörlerle ilişkili olarak ele alınması, bu alanın gelecekteki araştırmaları için güçlü bir teorik çerçeve sunmaktadır. Özellikle duygu düzenleme güçlüğü (DDG) ve belirsizliğe tahammülsüzlük (BT) değişkenlerinin KOB üzerindeki etkilerini inceleyen boylamsal çalışmaların yapılması, bu değişkenlerin KOB'un ortaya çıkış, sürdürülme ve nüks etme süreçlerindeki rollerini daha net biçimde ortaya koyacaktır.
2. Çalışmanın örneklemini oluşturan ve klinik anlamda KOB riski yüksek olan bireylerin neredeyse tamamı erkeklerden oluşmaktadır ve bu örneklemin içinde sadece 2 kadın birey bulunmaktadır. Bu durumun, çalışma sonuçlarının kadın cinsiyetine genellenebilirliğini düşürür nitelikte olabilir. Dolayısıyla, KOB açısından yüksek risk düzeyi olarak değerlendirilebilecek kadın katılımcıların daha fazla olduğu bir örnekleme çalışmanın tekrar edilmesi önerilmektedir.
3. Bu çalışmada veriler öz-bildirim ölçekleri aracılığıyla toplanmıştır. Özellikle damgalanma riski taşıyan davranışlarda sosyal beğenirlik yanlılığı gibi metodolojik sınırlılıklar göz önüne alındığında, gelecek araştırmalarda klinik görüşmeler (örneğin, DSM-5'e göre yapılandırılmış görüşmeler), davranışsal ölçümler (örneğin, risk alma veya dürtüsellik ölçmeyi amaçlayan çeşitli davranışsal görevler) ve hatta biyopsikolojik göstergelerin (örneğin, deri iletkenliği, kalp atış hızı değişkenliği) dahil edildiği çok yöntemli (multi-method) tasarımların benimsenmesi, bulguların geçerliliğini ve güvenilirliğini artıracaktır. Bu tür bütüncül yaklaşımlar, özellikle KOB ve ilgili diğer değişkenler arasındaki etkileşimi açıklamada önemli katkı sağlayacaktır.
4. Araştırmada, belirsizliğe tahammülsüzlük ile KOB riski arasında kartopu örnekleme anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu durum, BT'nin etkisinin doğrudan değil, duygu düzenleme güçlüğü, dürtüsellik veya anksiyete gibi diğer değişkenler aracılığıyla dolaylı olarak ortaya çıkabileceğini düşündürmektedir. Gelecek çalışmalarda, bu değişkenler arasındaki ilişkileri test eden aracılık (mediatör) ve düzenleyicilik

(moderatör) modellerinin incelenmesi, BT'nin KOB patolojisindeki karmaşık rolünü anlamamıza yardımcı olacaktır.

5. Araştırmanın örnekleme büyük ölçüde üniversite öğrencilerinden oluştuğu için, farklı yaş, gelir ve meslek gruplarından bireylerin dahil edildiği daha heterojen örneklemle çalışılması bulguların genellenebilirliğini güçlendirecektir. Özellikle orta yaş ve ileri yaş gruplarında KOB'un seyri, risk faktörleri ve başa çıkma biçimlerinin incelenmesi, hem davranışsal bağımlılıklar literatürüne önemli katkılar sağlayacaktır hem de KOB ile ilgili gelişimsel perspektifler sunacaktır. Kumar davranışının gelişimsel süreçler bağlamında incelenmesi, özellikle erken yaşta risk alma eğilimleri, duygusal dürtüsellik ve ödül duyarlılığı gibi faktörlerin boylamsal olarak izlenmesi, önleyici psikoeğitim programlarının tasarlanmasına bilimsel zemin oluşturacaktır.
6. Bu tez çalışmasının sonuçları dahilinde, duygu düzenleme güçlüğünün alt boyutları arasında yer alan “Dürtü” ve “Kabul Etmeme” boyutlarının yüksek KOB riskindeki olası rolü göz önüne alındığında, gelecekteki çalışmaların bu alt boyutları ayrı ayrı incelemesi, KOB’u duygu düzenleme becerileri temelinde daha iyi anlamaya yardımcı olacaktır.
7. Araştırmanın tanılar üstü perspektifinden ulaşılan en önemli sonuçlarından biri, KOB'un spesifik bir tanıdan ziyade, duygu düzenleme güçlüğü gibi farklı psikopatolojilerde de karşımıza çıkan geniş psikopatoloji ağlarının bir parçası olarak ele alınması gerektiğidir. Bu bağlamda, gelecek çalışmaların KOB'u anksiyete, depresyon, madde kullanımı ve diğer dürtü kontrol bozuklukları vb. ile aynı ağ içinde inceleyen ağ analizi (network analysis) gibi modern istatistiksel yöntemlerden faydalanması, bozukluğun merkezindeki ve çevresindeki dinamikleri görünür kılmak açısından son derece aydınlatıcı olabilir.
8. Çalışmada kumar türü çeşitliliğinin önemli bir risk göstergesi olduğu ortaya konmuştur. Özellikle yüksek hızlı kumar türlerine yönelmenin patolojik kumarla güçlü bir ilişkisi olduğu bulgusu, gelecek araştırmalar için yol göstericidir. Farklı kumar türlerinin (örneğin; çevrimiçi bahis, canlı casino, slot makineleri) psikolojik, nörobilişsel ve davranışsal profillerinin karşılaştırmalı olarak incelendiği çalışmalar, bağımlılık potansiyeli en yüksek olan türleri belirlemek ve müdahale stratejilerini bu türlere özgü olarak şekillendirmek açısından kritik öneme sahiptir.

9. Çevrimiçi bahis ve mobil oyunlar gibi dijital kumar biçimleri, gençler arasında hızla yayılmaktadır. Gelecekteki araştırmalar, dijital ortamda kumar davranışlarını tetikleyen psikososyal etmenleri (örneğin çevrimiçi anonimlik, ödül sıklığı, sosyal onay ihtiyacı) incelemelidir.
10. Kumar davranışları toplumsal kabul derecesi, kültürel normlar ve dini değerler tarafından da şekillenebilmektedir. Bu nedenle kültürel bağlamı dikkate alan karşılaştırmalı çalışmalar, kumar davranışının anlamını ve motivasyonel temellerini daha iyi açıklayacaktır.
11. KOB’u yalnızca risk faktörleri (demografik, psikolojik, kültürel vb.) üzerinden değil, psikolojik dayanıklılık, öz-şefkat ve sosyal destek gibi koruyucu değişkenler açısından da ele alan çalışmalar, hem önleyici müdahalelerin yapı taşlarını oluşturabilir hem de klinik müdahalelerde bu destekleyici faktörleri harekete geçirebilecek hedeflerin tedavi planlarına eklenerek tedavinin etkinliğini artırılması sağlanabilir.

6.2.2. Psikolojik Destek Sağlayan Meslek Elemanlarına Sunulan Öneriler

1. Araştırma bulguları, KOB’un önemli ölçüde duygu düzenleme süreçlerindeki aksaklıklarla ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu nedenle klinik uygulamalarda özellikle duygulara dair farkındalık, kabul ve dürtü kontrolü üzerine yapılandırılmış terapötik yaklaşımlar öncelikli olarak kullanılmalıdır. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), Kabul ve Adanmışlık Terapisi (ACT) ve Duygu Odaklı Terapi (EFT) gibi yöntemler bu açıdan işlevsel bir çerçeve sunmaktadır.
2. Psikolojik danışmanlar ve terapistler, KOB riski taşıyan bireylerde sadece davranışsal kontrolü değil, duygusal düzenleme becerilerinin geliştirilmesini de müdahale hedefi olarak belirlemelidir. Duygusal farkındalık, öz-şefkat ve stres toleransı odaklı psikoeğitim içerikleri bu süreçte destekleyici olabilir.
3. KOB’a yönelik müdahalelerde sadece kumar davranışının sıklığına değil, oynanan kumar türlerinin çeşitliliğine ve hızına da odaklanılması önemlidir. Araştırma bulguları, yüksek hızlı ve çoklu kumar türlerine yönelimin risk düzeyinin artmasıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, değerlendirme ve danışma süreçlerinde “Birden fazla kumar türü oynuyor musunuz?” ve “Hangi kumar türünü ya da türlerini oynuyorsunuz?” gibi tarama sorularının standartlaştırılması önerilmektedir.
4. KOB açısından yüksek riskli danışanlarla çalışırken, müdahalenin odağı sadece belirli bir kumar türünden (örneğin, sadece spor bahisleri) ziyade, genel olarak "kumar

davranışına" ve bu davranışın altında yatan psikolojik ihtiyaçlara (kaçış, duygu düzenleme, heyecan arama) kaydırılmalıdır. Bu, danışanın bir kumar türünden diğerine kaymasını (cross-addiction) önlemek açısından önem taşıyabilecek güce sahip olabilir.

5. Klinik uygulamalarda, belirsizliğe tahammülsüzlüğü azaltmaya yönelik müdahaleler (örneğin bilişsel yeniden yapılandırma, tolerans geliştirme teknikleri) özellikle KOB'un erken evrelerinde etkili bir koruyucu faktör olarak kullanılabilir. Bu tür becerilerin geliştirilmesi, bireylerin belirsizlik yaşadığı durumlarda dürtüsel davranış (belirsizliği bitirmek adına hızlı karar almak) riskli karar verme eğilimlerini azaltarak bağımlılığın ilerlemesini önleyebilir.
6. Üniversiteler ve genç yetişkinlere hizmet veren kurumlarda, çevrimiçi kumar davranışlarına yönelik erken farkındalık programları geliştirilmeli; dijital okuryazarlığı artıran ve çevrimiçi bahis ortamlarının risklerini vurgulayan psiko-eğitimler uygulanmalıdır. Bu tür programların toplumsal düzeyde yaygınlaştırılması, kumar davranışının normalize edilmesinin önüne geçecektir.
7. KOB'a sıklıkla eşlik eden depresyon, anksiyete ve dürtü kontrolü güçlükleri gibi klinik belirtiler dikkate alınarak, bütüncül bir değerlendirme çerçevesi benimsenmelidir. Bu doğrultuda, sadece semptom odaklı değil, süreç odaklı psikoterapi yaklaşımlarının benimsenmesi, uzun vadeli iyileşmeyi destekleyecektir.

6.2.3. Toplum Sağlığı ve Kamusal Politika Önerileri

1. Araştırmanın sonuçları, üniversite ortamları ve çevrimiçi platformlarda erken farkındalık ve önleme girişimlerinin yaygınlaştırılması gerekliliğine işaret etmektedir. Özellikle çevrimiçi bahis ve casino reklamlarının sınırlandırılması, yaş doğrulama sistemlerinin güçlendirilmesi ve sosyal medya mecralarında bilinçlendirici içeriklerin artırılması önerilmektedir.
2. Ergenlik döneminden itibaren riskli davranışlara ilişkin farkındalık oluşturmak amacıyla, eğitim müfredatına "dijital bağımlılık ve riskli karar verme" konulu ders içerikleri eklenmelidir.
3. Üniversite kampüsleri ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde KOB riski taşıyan bireyler için erken müdahale birimleri kurulmalıdır. Bu merkezler, risk taraması, kısa süreli danışmanlık ve yönlendirme hizmetleri sunabilir.

4. Kamu politikalarının oluşturulmasında, KOB'un bireysel bir sorun olmanın ötesinde toplumsal ve dijital bir halk sağlığı problemi olduğu dikkate alınmalıdır. Bu doğrultuda, gençlerin hem yüz yüze hem de dijital ortamlarda riskli davranışlara maruziyetini azaltan düzenlemeler geliştirilmelidir.
5. Kumar davranışlarının yaygınlığı ve demografik dağılımını izleyen ulusal düzeyde bir veri sistemi oluşturulması, koruyucu ve önleyici hizmetlerin hedef odaklı planlanmasına katkı sağlayacaktır.

Sonuç olarak, bu çalışma, kumar oynama bozukluğunun değerlendirilmesinde ve müdahale süreçlerinde tanılar üstü faktörlerin önemini ortaya koymakta; psikopatolojiyi kategorik bir şekilde ele almaktansa boyutsal ve süreç odaklı biçimde ele almanın hem bilimsel hem klinik hem de kamusal düzeyde daha açıklayıcı ve etkili sonuçlar doğurabileceğini göstermektedir.

KAYNAKÇA

- Aldao, A., & Dixon-Gordon, K. L. (2014). Broadening the scope of research on emotion regulation strategies in psychopathology. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(1), 22–33. <https://doi.org/10.1080/16506073.2013.816769>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). *Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review*. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Gaming Association. (2023). *Sports betting revenue in the United States: 2017–2023*. Retrieved from <https://www.americangaming.org>
- American Gaming Association. (2023, September 12). *Responsible gaming*. <https://www.americangaming.org/responsibility/responsible-gaming/>
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.).
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.).
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.).
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.).
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Andersen, P. A., & Guerrero, L. K. (1998). Principles of communication and emotion in social interaction. In P. A. Andersen & L. K. Guerrero (Eds.), *Handbook of communication and emotion: Research, theory, applications, and contexts* (pp. 49–96). Academic Press.

- Arıcak, O. T. (2019). Psychiatric symptoms as predictors of problematic internet use in adolescents. *Journal of Adolescence*, 77, 49–57. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.10.003>
- Armstrong, A., & Carroll, M. (2017). *Gambling activity in Australia: Findings from wave 15 of the Household, Income and Labour Dynamics in Australia (HILDA) Survey*. Australian Gambling Research Centre, Australian Institute of Family Studies.
- Aslan, S., Karaköse, Ş., & Kırılı, U. (2021). Üniversite öğrencilerinde kumar oynama sıklığı ve ilişkili faktörler. *Bağımlılık Dergisi*, 22(1), 22–31. <https://doi.org/10.51982/bagimli.790653>
- Barlow, D. H., & Carl, J. R. (2010). The transdiagnostic perspective: A brief history and future directions. In J. H. Riskind (Ed.), *Transdiagnostic processes in emotional disorders* (pp. 3–22). Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205–230. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80036-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80036-4)
- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R., & Ellard, K. K. (2014). The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: Back to the future. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 344–365. <https://doi.org/10.1177/2167702613505532>
- Barry, D. T., Steinberg, M. A., Wu, R., & Potenza, M. N. (2007). Differences in characteristics of Asian American and white problem gamblers calling a gambling helpline. *CNS Spectrums*, 12(11), 827–833. <https://doi.org/10.1017/S1092852900015583>
- Bayram, G., Yeşil, S., & Demirbaş, H. (2022). Kumar oynama bozukluğu: Tanı, tedavi ve korunmada güncel yaklaşımlar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 33(4), 285–295. <https://doi.org/10.5080/u27375>
- Bensi, L., & Giusberti, F. (2007). Trait anxiety and reasoning under uncertainty. *Personality and Individual Differences*, 43(4), 827–838. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.02.007>
- Berking, M., & Whitley, B. (2014). *Affect regulation training: A practitioner's manual*. Springer.
- Binde, P. (2011). What are the most harmful forms of gambling? Analyzing problem gambling prevalence surveys. In J. F. Cosgrave & T. R. Klassen (Eds.), *Casino state: Legalized gambling in Canada* (pp. 225–252). University of Toronto Press.

- Birrell, J., Meares, K., Wilkinson, A., & Freeston, M. (2011). Toward a definition of intolerance of uncertainty: A review of factor analytical studies of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1198–1208. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.009>
- Blashfield, R. K., Keeley, J. W., Flanagan, E. H., & Miles, S. R. (2014). The cycle of classification: DSM-I through DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 25–51. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153639>
- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5), 487–499. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00015.x>
- Boelen, P. A., & Reijntjes, A. (2009). Intolerance of uncertainty and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(1), 130–135. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.04.007>
- Boileau, I., Payer, D., Chugani, B., Lobo, D. S. S., Houle, S., Wilson, A. A., et al. (2014). In vivo evidence for greater amphetamine-induced dopamine release in pathological gambling: A positron emission tomography study with [11C]-(+)-PHNO. *Molecular Psychiatry*, 19(12), 1305–1313. <https://www.nature.com/articles/mp2013163>
- Bondolfi, G., Osiek, C., & Ferrero, F. (2000). Prevalence estimates of pathological gambling in Switzerland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(6), 473–475. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101006473.x>
- Brevers, D., Bechara, A., Hermoye, L., Divano, L., Kornreich, C., Verbanck, P., & Noël, X. (2015). Comfort for uncertainty in pathological gamblers: A fMRI study. *Journal of Gambling Studies*, 31(3), 1087–1100. <https://doi.org/10.1007/s10899-014-9472-0>
- Briere, J. (2010). *Trauma symptom inventory (TSI-2)*. Psychological Assessment Resources.
- Brosschot, J. F., Verkuil, B., & Thayer, J. F. (2016). The default response to uncertainty and the importance of perceived safety in anxiety and stress: An evolution-theoretical perspective. *Journal of Anxiety Disorders*, 41, 22–34. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.04.012>
- Butcher, J. N., Mineka, S., & Hooley, J. M. (2017). *Abnormal psychology* (17th ed.). Pearson.
- Buth, S., Wurst, F. M., Thon, N., Lahusen, H., & Kalke, J. (2017). Comparative analysis of potential risk factors for at-risk gambling, problem gambling and gambling disorder among current gamblers – Results of the Austrian representative survey 2015. *Frontiers in Psychology*, 8, 2188. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02188>

- Büyüköztürk, Ş. (2023). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı: İstatistik, araştırma deseni, SPSS uygulamaları ve yorum* (28. baskı). Pegem Akademi.
- Calado, F., & Griffiths, M. D. (2016). Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000–2015). *Journal of Behavioral Addictions*, 5(4), 592–613. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.073>
- Calado, F., Alexandre, J., & Griffiths, M. D. (2016). Prevalence of adolescent problem gambling: A systematic review of recent research. *Journal of Gambling Studies*, 33(2), 397–424. <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9627-5>
- Calado, F., Alexandre, J., & Griffiths, M. D. (2017). Prevalence of adolescent problem gambling: A systematic review of recent research. *Journal of Gambling Studies*, 33(2), 397–424. <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9627-5>
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 542–559). Guilford Press.
- Carleton R. N. (2016). Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of anxiety disorders*, 39, 30–43. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.007>
- Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M., & Asmundson, G. J. (2012). Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 468–479. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.011>
- Carleton, R. N., Norton, M. P. J., & Asmundson, G. J. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(1), 105–117. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.014>
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., Meier, M. H., Ramrakha, S., Shalev, I., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2014). The p factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science*, 2(2), 119–137. <https://doi.org/10.1177/2167702613497473>
- Chou, K. L., & Afifi, T. O. (2011). Disordered (pathologic or problem) gambling and axis I psychiatric disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *American Journal of Epidemiology*, 173(11), 1289–1297. <https://doi.org/10.1093/aje/kwr017>

- Clark, D. A. (2009). Transdiagnostic treatment and the future of cognitive-behavioral therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 185–189. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.3.185>
- Clark, L., & Boileau, I. (2019). Impulsivity and problem gambling: A focus on cognitive and neurocognitive mechanisms. In M. N. Potenza, K. Faust, & D. Faust (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of disordered gambling* (pp. 107–128). Wiley.
- Clark, L., Averbeck, B., Payer, D., Sescousse, G., Winstanley, C. A., & Xue, G. (2014). Pathological choice: The neuroscience of gambling and gambling addiction. *The Journal of Neuroscience*, 34(46), 15101–15104. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.3409-14.2014>
- Clark, L., Boileau, I., & Zack, M. (2019). Neuroimaging of reward mechanisms in gambling disorder: An integrative review. *Molecular Psychiatry*, 24(5), 674–693. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0230-2>
- Clark, L., Stokes, P. R., Wu, K., Michalczuk, R., Benecke, A., Watson, B. J., Egerton, A., Piccini, P., Nutt, D. J., Bowden-Jones, H., & Lingford-Hughes, A. R. (2012). Striatal dopamine D2/D3 receptor binding in pathological gambling is correlated with mood-related impulsivity. *NeuroImage*, 63(1), 40–46. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2012.06.067>
- Cloitre, M. (1998). Sexual revictimization: Risk factors and prevention. In V. M. Follette, J. I. Ruzek, & F. R. Abueg (Eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (pp. 278–304). Guilford Press.
- Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75(2), 317–333. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00673.x>
- Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions." *Psychological Medicine*, 43(1), 109-120.
- Craig, A. D. (2009). How do you feel—now? The anterior insula and human awareness. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(1), 59–70. <https://www.nature.com/articles/nrn2555>
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). SAGE Publications.

- Cunha, D., Silva, E., & Relvas, A. P. (2017). Gambling in Portuguese college students: The role of sociodemographic and psychological factors. *Journal of Gambling Studies*, 33(4), 1277–1293. <https://doi.org/10.1007/s10899-017-9684-4>
- Çakıcı, M. (2019). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde yaşayan Türkiye doğumlu bireylerde kumar oyunu tercihleri ve kumar oynama bozukluğu riskinin değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 21(2), 95-107. <https://doi.org/10.15805/addicta.2019.6.2.0025>
- Çakıcı, M. (2019). *Kumar bağımlılığı: Tanı, tedavi ve önleme* (3. baskı). HYB Basım Yayın.
- Çakıcı, M., Buran, A., Çakır, G., & Yılmaz, B. (2019). Kumar oynayan bireylerde kazanca yakın kayıp, kumar aşırma ve depresyon ilişkisinin incelenmesi [The relationship between near-miss, gambling craving, and depression in gamblers]. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20(Özel Sayı 1), 76-79.
- Çakıcı, M., Çakıcı, E., & Karaaziz, M. (2015). The prevalence and risk factors of gambling behavior among Turkish high school students. *Journal of Gambling Studies*, 31(2), 347–360. <https://doi.org/10.1007/s10899-013-9429-y>
- Çakıcı, M., Çakıcı, E., & Karaaziz, M. (2016). Lifetime of Prevalence and Risk Factors of Problem and Pathologic Gambling in North Cyprus. *Journal of gambling studies*, 32(1), 11–23. <https://doi.org/10.1007/s10899-015-9530-5>
- Çakıcı, M., Çakıcı, E., & Türk, F. (2021). Problem gambling among university students: A systematic review. *Journal of Gambling Studies*, 37(3), 803–823. <https://doi.org/10.1007/s10899-020-09984-9>
- Çakıcı, M., Çakıcı, E., Babayiğit, A., & Karaaziz, M. (2021). Gambling Behaviour: Prevalence, Risk Factors and Relation with Acculturation in 2007-2018 North Cyprus Adult Household Surveys. *Journal of gambling studies*, 37(4), 1099–1111. <https://doi.org/10.1007/s10899-021-10008-3>
- Çakmak, D., & Tamam, L. (2018). Cinsiyet ve kumar: Bir derleme. *Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar*, 10(2), 195-207. <https://doi.org/10.18863/pgy.348275>
- Çekem, B. (2004). Üniversite öğrencilerinde kumar oynama alışkanlıkları ve patolojik kumar sıklığının araştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7(3), 134-141.
- D.Williams, A., R.Grisham, J., Erskine, A., Cassedy, E., DWilliams, A., & RGrisham, J. (2012). Deficits in emotion regulation associated with pathological gambling. *British Journal of Clinical Psychology*. Wiley. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2011.02022.x>

- Daghestani, A. N., Elenz, E., & Crayton, J. W. (1996). Pathological gambling in hospitalized substance abusing veterans. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57(8), 360–363.
- Dalglish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179–195. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- De Rivera, J. (1984). The structure of emotional relationships. In P. Shaver (Ed.), *Review of personality and social psychology: Emotions, relationships, and health* (Vol. 5, pp. 116–145). Sage.
- de Ruiter, M. B., Veltman, D. J., Goudriaan, A. E., Oosterlaan, J., Sjoerds, Z., & van den Brink, W. (2009). Response perseveration and ventral prefrontal sensitivity to reward and punishment in male problem gamblers and smokers. *Neuropsychopharmacology*, 34(4), 1027–1038. <https://doi.org/10.1038/npp.2008.175>
- Dedovic, K., Duchesne, A., Andrews, J., Engert, V., & Pruessner, J. C. (2009). The brain and the stress axis: The neural correlates of cortisol regulation in response to stress. *NeuroImage*, 47(3), 864–871. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.05.074>
- Denollet, J., Nykliček, I., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2008). Introduction: Emotions, emotion regulation, and health. In A. J. J. M. Vingerhoets, I. Nykliček, & J. Denollet (Eds.), *Emotion regulation: Conceptual and clinical issues* (pp. 3–11). Springer.
- Diaz-Sanahuja, L., Mira, A., & Quero, S. (2021). A pilot randomized controlled trial of a cognitive-behavioral therapy protocol for gambling disorder with an emotion regulation module. *Journal of Gambling Studies*, 37(3), 871–890. <https://doi.org/10.1007/s10899-020-09990-x>
- Doğan, O. (2014). *Bağımlılık ve teknoloji bağımlılığı*. Ankara Üniversitesi.
- Dugas, M. J., Hedayati, M., Karavidas, A., Buhr, K., Francis, K., & Phillips, N. A. (2005). Intolerance of uncertainty and information processing: Evidence of biased recall and interpretations. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 57–70. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-1648-9>
- Duman, N., & Tosun, N. (2017). Gelenekselden dijital: Türkiye’de kumar oynama davranışı ve yasal düzenlemeler. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*, 45, 123–145.
- Eisen, S. A., & Lin, N. (1998). The genetics of pathological gambling. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 3(3), 179–189.

- El-Guebaly, N., Patten, S. B., Currie, S., Williams, J. V. A., Beck, C. A., Maxwell, C. J., & Wang, J. L. (2006). Epidemiological associations between gambling behavior, substance use & mood and anxiety disorders. *Journal of Gambling Studies*, 22(3), 275–287. <https://doi.org/10.1007/s10899-006-9016-6>
- ESPAD Group. (2024). *ESPAD report 2024: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. EMCDDA.
- Estévez, A., Jáuregui, P., Hibai Lopez-Gonzalez, ·, Mena-Moreno, T., Lozano-Madrid, M., Macia, L., ... Jiménez-Murcia, S. (123M.S.). The Severity of Gambling and Gambling Related Cognitions as Predictors of Emotional Regulation and Coping Strategies in Adolescents. doi:10.1007/s10899-020-09953-2
- Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5(1), 1–4. <https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11>
- Evren, C., & Bozkurt, M. (2016). Madde bağımlılığı ve komorbid psikiyatrik bozukluklar: Kumar oynama bozukluğu. *Bağımlılık Dergisi*, 17(4), 211-220. <https://doi.org/10.15805/addicta.2016.3.0102>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Faraji, R., & Dağ, İ. (2022). Kumar bağımlılığı: Psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14(Ek 1), 1-13. <https://doi.org/10.18863/pgy.1032218>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Felsher, J. R., Derevensky, J. L., & Gupta, R. (2004). Lottery playing amongst youth: Implications for prevention and social policy. *Journal of Gambling Studies*, 20(2), 127–153. <https://doi.org/10.1023/B:JOGS.0000022306.72513.7c>
- Frances, A. (2013). *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life*. William Morrow.

- Freeston, M. H., & Komes, J. (2023). The somatic error theory of uncertainty intolerance: An evolutionary perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 78, 101809. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2022.101809>
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791–802. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
- Freimuth, M. (2008). *Addiction: A behavioral analysis*. Routledge.
- Frentzy, I. G., & Turner, N. E. (2013). *The gambling industry and the modern casino*. In D. C. S. Richard, A. Blaszczynski, & L. Nower (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of disordered gambling* (pp. 41–59). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118316078.ch3>
- Frijda, N. H., & Mesquita, B. (1998). The analysis of emotions: Dimensions of variation. In M. F. Mascolo & S. Griffin (Eds.), *What develops in emotional development?* (pp. 273–295). Plenum Press.
- Friston, K. (2010). The free-energy principle: A unified brain theory? *Nature Reviews Neuroscience*, 11(2), 127–138. <https://doi.org/10.1038/nrn2787>
- Gabellini, E., Lucchini, F., & Gattoni, M. E. (2023). Prevalence of problem gambling: A meta-analysis of recent empirical research (2016–2022). *Journal of Gambling Studies*, 39(3), 1027–1057. <https://doi.org/10.1007/s10899-022-10180-0>
- Gainsbury, S. M., Blankers, M., Wilkinson, C., Schelleman-Offermans, K., & Cousijn, J. (2022). A public health approach to gambling regulation: Countering powerful influences. *The Lancet Public Health*, 7(7), e614–e622. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00098-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00098-0)
- Gambling Commission. (2020). *Gambling participation in 2020: Behaviour, awareness and attitudes*. Author.
- Garety, P. A., Freeman, D., Jolley, S., Dunn, G., Bebbington, P. E., Fowler, D. G., Kuipers, E., & Dudley, R. (2005). Reasoning, emotions, and delusional conviction in psychosis. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(3), 373–384. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.3.373>
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311–1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)

- Gibb, B. E., Alloy, L. B., Walshaw, P. D., Comer, J. S., Shen, G. H. C., & Villari, A. G. (2001). Childhood maltreatment and college students' current suicidal ideation: A test of the hopelessness theory. **Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31*(4), 405–415. <https://doi.org/10.1521/suli.31.4.405.22042>
- Grant, J. E., Odlaug, B. L., & Schreiber, L. R. (2013). Pharmacological treatments in pathological gambling. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 77(2), 375–381. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2012.04457.x>
- Grant, J. E., Odlaug, B. L., Chamberlain, S. R., Hampshire, A., Schreiber, L. R. N., & Kim, S. W. (2013). A proof of concept study of tolcapone for pathological gambling: Relationships with COMT genotype and brain activation. *European Neuropsychopharmacology*, 23(11), 1587–1596. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2013.02.007>
- Gratz, K. L., & Chapman, A. L. (2007). The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates. *Psychology of Men & Masculinity*, 8(1), 1–14. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.8.1.1>
- Gratz, K. L., & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 37(1), 25–35. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2005.03.002>
- Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W., & Gunderson, J. G. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 850–855. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.4.850>
- Griffiths, M. D. (2005). A ‘components’ model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191–197. <https://doi.org/10.1080/14659890500114359>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(5), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.5.271>
- Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151–164. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x>

- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). Guilford Press.
- Gross, J. J., Richards, J. M., & John, O. P. (2006). Emotion regulation in everyday life. In D. K. Snyder, J. A. Simpson, & J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 13–35). American Psychological Association.
- Hankin, B. L. (2005). Childhood maltreatment and psychopathology: Prospective tests of attachment, cognitive vulnerability, and stress as mediating processes. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 645–671. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-9633-8>
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Harvey, A., Mansell, W., Shafran, R., & Watkins, E. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23, 6-19.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Holaway, R. M., Heimberg, R. G., & Coles, M. E. (2006). A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(2), 158–174. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.01.002>
- Holden, C. (2001). “Behavioral” addictions: Do they exist? *Science*, 294(5544), 980–982.
- Ingram, R. E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin*, 107(2), 156–176. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.156>
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., Sanislow, C., & Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification

- framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748–751. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379>
- Işık, E. (2009). Erişkinlerde klinik psikofarmakoloji. İçinde E. Işık ve T. Uzbay (Edl.), *Güncel Temel ve Klinik Psikofarmakoloji* (ss.337–359). İstanbul, Golden Medya Baskı.
- İncekara, A. (2021). *Türkiye'de kumarhaneler: Tarihsel, ekonomik ve sosyal bir analiz*. İletişim Yayınları.
- Jacobi, F., Höfler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., ... & Wittchen, H.-U. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(3), 304–319. <https://doi.org/10.1002/mpr.1439>
- Jacoby, R. J., Fabricant, L. E., Leonard, R. C., Riemann, B. C., & Abramowitz, J. S. (2014). Just to be certain: Confirming the factor structure of the Intolerance of Uncertainty Scale in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(8), 1006–1011. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.10.008>
- Jara-Rizzo, M. F., Navas, J. F., Catena, A., & Perales, J. C. (2019). Types of emotion regulation and their associations with gambling: A cross-sectional study with disordered and non-disordered gamblers. *Journal of Behavioral Addictions*, 8(3), 517–529. <https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.45>
- Jauregui, P., Estevez, A., & Macía, L. (2022). The role of emotion dysregulation in shame and gambling disorder: A mediation analysis. *Journal of Gambling Studies*, 38(1), 287–301. <https://doi.org/10.1007/s10899-021-10027-0>
- Jauregui, P., Estévez, A., & Urbiola, I. (2016). Pathological Gambling and Associated Drug and Alcohol Abuse Emotion Regulation and Anxious-Depressive Symptomatology. *J Behav Addict*. PubMed Central. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.038>
- Jenkinson, R., Milne, E., & Thompson, A. (2020). The relationship between intolerance of uncertainty and anxiety in autism: A systematic literature review and meta-analysis. *Autism*, 24(8), 1933–1944. <https://doi.org/10.1177/1362361320932437>
- Jessup, R. K., & O'Doherty, J. P. (2011). Human dorsal striatal activity during choice discriminates reinforcement learning behavior from the gambler's fallacy. *Journal of Neuroscience*, 31(17), 6296–6304. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.6421-10.2011>

- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301–1334. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x>
- Jones, P. J., & Robinaugh, D. J. (2021). Challenges and opportunities for the study of mental disorders in the 21st century. *World Psychiatry*, 20(2), 163–164. <https://doi.org/10.1002/wps.20849>
- Kalyoncu, Ö. A., Tükel, R., & Pektaş, Ö. (2003). Patolojik kumar: Psikodinamik yönleri. In M. Çakıcı & C. Çakıcı (Eds.), *Kumar bağımlılığı* (pp. 47–65). Ankara: Dang Yayıncılık.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2000). *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Kapur, S., Phillips, A. G., & Insel, T. R. (2012). Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? *Molecular Psychiatry*, 17(12), 1174–1179. <https://doi.org/10.1038/mp.2012.105>
- Karadeniz, S., Batdı, V., & Çelik, H. C. (2020). *Eğitimde bilimsel araştırma yöntemleri* (2. baskı). Pegem Akademi.
- Karasar, N. (2022). *Bilimsel araştırma yöntemi: Kavramlar, ilkeler, teknikler* (37. baskı). Nobel Yayıncılık.
- Karim R, Chaudhri P. Behavioral addictions: an overview. *J Psychoactive Drugs*. 2012;44:5-17.
- Kendler, K. S. (2008). Explanatory models for psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, 165(6), 695–702. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07071061>
- Kendler, K. S. (2012). The dappled nature of causes of psychiatric illness: Replacing the organic-functional/hardware-software dichotomy with empirically based pluralism. *Molecular Psychiatry*, 17(4), 377–388. <https://doi.org/10.1038/mp.2011.182>
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617–627. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Khalsa, S. S., & Feinstein, J. S. (2018). The somatic error hypothesis of anxiety. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 3(10), 859–867. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2018.07.009>

- Kleinginna, P. R., & Kleinginna, A. M. (1981). A categorized list of emotion definitions with suggestions for a consensual definition. *Motivation and Emotion*, 5(4), 345–380. <https://doi.org/10.1007/BF00992553>
- Klerman, G. L. (1980). The evolution of a scientific nosology. In J. C. Shershow (Ed.), *Schizophrenia: Science and practice* (pp. 99–121). Harvard University Press.
- Knill, D. C., & Pouget, A. (2004). The Bayesian brain: The role of uncertainty in neural coding and computation. *Trends in Neurosciences*, 27(12), 712–719. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2004.10.007>
- Koole, S. L. (2010). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion*, 23(1), 4–41. <https://doi.org/10.1080/02699930802619031>
- Koot, S., van den Bos, R., Adriani, W., & Laviola, G. (2012). Gender differences in gambling: A systematic review. *Addiction*, 107(8), 1385–1397. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03833.x>
- Koot, S., Zoratto, F., Cassano, T., Colamartino, M., Laviola, G., & Adriani, W. (2012). Compromised decision-making and increased gambling proneness following dietary serotonin depletion in rats. *Neuropharmacology*, 62(4), 1640–1650. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2011.11.004>
- Köknel, Ö. (1983). *Kumar tutkusu: Bir toplumbilim ve ruhbilim sorunu*. Altın Kitaplar Yayınevi.
- Kraepelin, E. (1990). *Psychiatry: A textbook for students and physicians* (H. Metcalf, Trans.). Science History Publications.
- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. C., & Neale, J. M. (2017). *Abnormal psychology* (13th ed.). Wiley.
- Krueger, R. F., & Eaton, N. R. (2015). Transdiagnostic factors of mental disorders. *World Psychiatry*, 14(1), 27–29. <https://doi.org/10.1002/wps.20175>
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2006). Reinterpreting comorbidity: A model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 111–133. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095213>
- Ladouceur, R., Gosselin, P., & Dugas, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 38(9), 933–941. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00133-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00133-3)

- Lahey, B. B., Krueger, R. F., Rathouz, P. J., Waldman, I. D., & Zald, D. H. (2017a). A hierarchical causal taxonomy of psychopathology across the life span. *Psychological Bulletin*, 143(2), 142–186. <https://doi.org/10.1037/bul0000069>
- Lahey, B. B., Krueger, R. F., Rathouz, P. J., Waldman, I. D., & Zald, D. H. (2017b). Validity and utility of the general factor of psychopathology. *World Psychiatry*, 16(2), 142–144. <https://doi.org/10.1002/wps.20410>
- Ledgerwood, D. M., & Petry, N. M. (2006). Psychological experience of gambling and subtypes of pathological gamblers. *Psychiatry Research*, 144(1), 17–27. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.08.017>
- Lesieur, H. R. (1988). Altering the DSM-III criteria for pathological gambling. *Journal of Gambling Behavior*, 4(1), 38-47. <https://doi.org/10.1007/BF01043526>
- Lesieur, H. R., & Rosenthal, R. J. (1991). Pathological gambling: A review of the literature (prepared for the American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV Committee on Disorders of Impulse Control Not Elsewhere Classified). *Journal of Gambling Studies*, 7(1), 5-39. <https://doi.org/10.1007/BF01019763>
- Limbrick-Oldfield, E. H., Mick, I., Cocks, R. E., Flechais, R. S., Turton, S., Lingford-Hughes, A., Nutt, D., Bowden-Jones, H., & Clark, L. (2017). Neural substrates of cue reactivity and craving in gambling disorder. *Translational Psychiatry*, 7(1), e992. <https://doi.org/10.1038/tp.2016.256>
- Lind, P. A., Zhu, G., Montgomery, G. W., Madden, P. A., Heath, A. C., Martin, N. G., & Slutske, W. S. (2013). Genome-wide association study of a quantitative disordered gambling trait. *Addiction Biology*, 18(3), 511–522. <https://doi.org/10.1111/j.1369-1600.2012.00463.x>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Liu, W., Lee, G. P., Goldweber, A., Petras, H., Storr, C. L., Ialongo, N. S., & Martins, S. S. (2009). Impulsivity trajectories and gambling in adolescence among urban youth. *Addiction*, 104(9), 1530–1540. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02639.x>
- Lobo, D. S., & Kennedy, J. L. (2006). The genetics of gambling and behavioral addictions. *CNS Spectrums*, 11(12), 931–939. <https://doi.org/10.1017/S1092852900015121>

- Lorains, F. K., Cowlshaw, S., & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106(3), 490–498. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03300.x>
- Luhmann, C. C., Ishida, K., & Hajcak, G. (2011). Intolerance of uncertainty and decisions about delayed, probabilistic rewards. *Behaviour Therapy*, 42(3), 378–386. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.09.002>
- Luijten, M., Schellekens, A. F., Kühn, S., Machielse, M. W., & Sescousse, G. (2017). Disruption of reward processing in addiction: An image-based meta-analysis of functional magnetic resonance imaging studies. *JAMA Psychiatry*, 74(4), 387–398. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3084>
- Maciejewski, P. K., & Mazure, C. M. (2006). Fear of criticism and rejection mediates an association between childhood emotional abuse and adult onset of major depression. *Cognitive Therapy and Research*, 30(1), 105–122. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9012-2>
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 6–19. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.6>
- Mantar, A., & Demet, M. M. (2015). Kumar oynama bozukluğunda eştanılar ve karmaşık klinik tablolar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(4), 394–405. <https://doi.org/10.18863/pgy.94661>
- Marchica, L., Zhao, Y., Derevensky, J., & Ivoska, W. (2019). Examining differences among problem gamblers based on their use of emotion regulation strategies. *Journal of Gambling Studies*, 35(2), 707–717. <https://doi.org/10.1007/s10899-018-9802-y>
- Mayes, R., & Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(3), 249–267. <https://doi.org/10.1002/jhbs.20103>
- McCormack, A., Shorter, G. W., & Griffiths, M. D. (2014). An empirical study of gender differences in online gambling. *Journal of Gambling Studies*, 30(1), 71–88. <https://doi.org/10.1007/s10899-012-9341-x>
- McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E. (2011). Achieving certainty about the structure of intolerance of uncertainty in a treatment-seeking sample with anxiety and

- depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 112–122. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.010>
- McEvoy, P. M., Hyett, M. P., Shihata, S., Price, J. E., & Strachan, L. (2019). The impact of methodological and measurement factors on transdiagnostic associations with intolerance of uncertainty: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 73, 101778. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101778>
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2002). *Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 85–90.
- Moreira D, Azeredo A, Dias P. Risk Factors for Gambling Disorder: A Systematic Review. *J Gambl Stud*. 2023 Jun;39(2):483-511. doi: 10.1007/s10899-023-10195-1. Epub 2023 Mar 8. PMID: 36884150; PMCID: PMC9994414.
- Moreira, D., Almeida, F., & Pinto, M. (2023). Socioeconomic status and gambling disorder: A systematic review. *Journal of Gambling Studies*, 39(1), 225–251. <https://doi.org/10.1007/s10899-022-10131-9>
- Möller, H. J. (2008). Systematic of psychiatric disorders between categorical and dimensional approaches: Kraepelin's dichotomy and beyond. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258(Suppl 2), 48–73. <https://doi.org/10.1007/s00406-008-2004-3>
- Nemer, J., & Gross, J. J. (2010). The cognitive basis of emotion. In M. D. Robinson, E. R. Watkins, & E. Harmon-Jones (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 11–31). Guilford Press.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). *The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms*. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504–511.
- Nowak, D. E. (2018). A meta-analysis of pathological gambling prevalence among college students. *Journal of Gambling Studies*, 34(2), 399–424. <https://doi.org/10.1007/s10899-017-9721-3>
- Oatley, K., & Johnson-Laird, P. N. (1987). Towards a cognitive theory of emotions. *Cognition and Emotion*, 1(1), 29–50. <https://doi.org/10.1080/02699938708408362>
- Orford, J. (2004). *Excessive appetites: A psychological view of addictions* (2nd ed.). Wiley.
- Osmanağaoğlu, N. (2024). *Belirsizliğe tahammülsüzlük: Kuram, araştırma ve klinik uygulama*. Nobel Akademik Yayıncılık.

- Ögel, K. (2017). *Kumar bağımlılığı: Tanıdan tedaviye*. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Paris, J. (2013). *The intelligent clinician's guide to the DSM-5*. Oxford University Press.
- Parkinson, B., & Totterdell, P. (1999). Classifying affect-regulation strategies. *Cognition and Emotion*, 13(3), 277–303. <https://doi.org/10.1080/026999399379285>
- Petry, N. M., & Mallya, S. (2004). Gambling participation and problems among employees at a university health center. *Journal of Gambling Studies*, 20(2), 155–170. <https://doi.org/10.1023/B:JOGS.0000022307.80249.3c>
- Petry, N. M., Blanco, C., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Crowley, T. J., ... & O'Brien, C. (2014). An overview of and rationale for changes proposed for pathological gambling in DSM-5. *Journal of gambling studies*, 30, 493-502.
- Petry, N. M., Blanco, C., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Crowley, T. J., Grant, B. F., Hasin, D. S., & O'Brien, C. (2014). An overview of and rationale for changes proposed for pathological gambling in DSM-5. *Journal of Gambling Studies*, 30(2), 493–502. <https://doi.org/10.1007/s10899-013-9370-0>
- Phelps, E. A. (2004). Human emotion and memory: Interactions of the amygdala and hippocampal complex. *Current Opinion in Neurobiology*, 14(2), 198–202. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2004.03.015>
- Potenza MN. Should addictive disorders include non-substance-related conditions? *Addiction*. 2006; 101:142-151.
- Potenza, M. N. (2014). The neural bases of cognitive processes in gambling disorder. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(8), 429–438. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.03.007>
- Potenza, M. N., Balodis, I. M., Derevensky, J., Grant, J. E., Petry, N. M., Verdejo-García, A., & Yip, S. W. (2019). Gambling disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), Article 51. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0099-7>
- Rahman, A. S., Pilver, C. E., Desai, R. A., Steinberg, M. A., Rugle, L., Krishnan-Sarin, S., & Potenza, M. N. (2013). The relationship between age of gambling onset and adolescent problematic gambling severity. *Journal of Psychiatric Research*, 46(5), 675–683. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.02.007>
- Rahman, A. S., Xu, J., & Potenza, M. N. (2014). Hippocampal and amygdalar volumetric differences in pathological gambling: A preliminary study of the associations with the behavioral inhibition system. *Neuropsychopharmacology*, 39(3), 738–745. <https://doi.org/10.1038/npp.2013.260>

- Rassin, E., & Muris, P. (2005). Why do women wash more than men? An experimental test of the intolerance of uncertainty hypothesis. *Personality and Individual Differences*, 39(5), 955–960. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.03.014>
- Raylu, N., & Oei, T. P. S. (2002). *Pathological gambling: Etiology, comorbidity, and treatment*. *Psychological Science in the Public Interest*, 6(2), 1–29.
- Robbins, T. W., & Clark, L. (2015). Behavioral addictions. *Current Opinion in Neurobiology*, 30, 66–72. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2014.09.005>
- Rodriguez-Seijas, C., Eaton, N. R., & Krueger, R. F. (2015). How transdiagnostic factors of personality and psychopathology can inform clinical assessment and intervention. *Journal of Personality Assessment*, 97(5), 425–435. <https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1055752>
- Rogier, G., & Velotti, P. (2018). Conceptualizing gambling disorder with the process model of emotion regulation. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 224. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00224>
- Ruiz de Lara, C. M., Navas, J. F., Soriano-Mas, C., Sescousse, G., & Perales, J. C. (2019). Gambling disorder is associated with reduced sensitivity to expected value during risky choice. *Journal of Behavioral Addictions*, 8(3), 470–479. <https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.42>
- Sankar, A., Scott, J., Paszkiewicz, A., & de Wit, H. (2017). The effects of intolerance of uncertainty on risk-taking behavior in a novel task. *Journal of Behavioral Decision Making*, 30(2), 356–365. <https://doi.org/10.1002/bdm.1946>
- Sarıçam, H., Erguvan, F. M., Akın, A., & Akça, M. Ş. (2014). The Turkish short version of the Intolerance of Uncertainty Scale (IUS-12): A study of validity and reliability. *Route Educational and Social Science Journal*, 1(3), 148–157.
- Secades-Villa, R., Martínez-Loredo, V., Grande-Gosende, A., & Fernández-Hermida, J. R. (2016). The relationship between impulsivity and problem gambling in adolescence. *Frontiers in Psychology*, 7, 1931. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01931>
- Shaffer, H. J., Hall, M. N., & Vander Bilt, J. (1999). Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A research synthesis. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1369–1376. <https://doi.org/10.2105/ajph.89.9.1369>

- Shek, D. T. L., Leung, J. T. Y., & Dou, D. (2012). Comorbid psychiatric disorders in persons with gambling disorders: A systematic review. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10(6), 849-864. <https://doi.org/10.1007/s11469-012-9387-0>
- Shenassa, E. D., Paradis, A. D., Dolan, S. L., Wilhelm, C. S., & Buka, S. L. (2012). Childhood impulsive behavior and problem gambling by adulthood: A 30-year prospective community-based study. *Addiction*, 107(1), 160–168. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03571.x>
- Sim, L., & Zeman, J. (2006). The contribution of emotion regulation to body dissatisfaction and disordered eating in early adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 207–216. <https://doi.org/10.1007/s10964-005-9003-8>
- Slutske, W. S., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Poulton, R. (2012). Undercontrolled temperament at age 3 predicts disordered gambling at age 32: A longitudinal study of a complete birth cohort. *Psychological Science*, 23(5), 510–516. <https://doi.org/10.1177/0956797611429708>
- Slutske, W. S., Zhu, G., Meier, M. H., & Martin, N. G. (2010). Genetic and environmental influences on disordered gambling in men and women. *Archives of General Psychiatry*, 67(6), 624–630. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.51>
- Steer, R. A., McElroy, M. G., & Beck, A. T. (1983). Correlates of self-reported and clinically assessed depression in outpatient alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*, 39(1), 144–149. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198301\)39:1<144::AID-JCLP2270390126>3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198301)39:1<144::AID-JCLP2270390126>3.0.CO;2-F)
- Takamatsu, S. K., Martens, M. P., & Arterberry, B. J. (2016). Depressive symptoms and gambling behavior: Mediating role of coping motivation and gambling refusal self-efficacy. *Journal of Gambling Studies*, 32(2), 535–546. <https://doi.org/10.1007/s10899-015-9556-8>
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2–3), 25–52. <https://doi.org/10.2307/1166137>
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., & Foa, E. B. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2), 233–242. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00182-2](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00182-2)
- Townsend, M. C. (2015). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice* (8th ed.). F.A. Davis Company.

- Tran, A., Wang, J., & Volberg, R. A. (2024). The global epidemiology of gambling and gambling-related harm: A systematic review. *Journal of Behavioral Addictions*, 13(1), 1–25. <https://doi.org/10.1556/2006.2023.00065>
- Tran, L. T., Wardle, H., Colledge-Frisby, S., Taylor, S., Lynch, M., Rehm, J., Volberg, R., Marionneau, V., Saxena, S., Bunn, C., Farrell, M., & Degenhardt, L. (2024). The prevalence of gambling and problematic gambling: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public health*, 9(8), e594–e613. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00126-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00126-9)
- Türkiye Yeşilay Cemiyeti. (2025). *15 yaş ve üzeri sağlık davranışı araştırması*. Yeşilay Yayınları.
- Uluğ, B. (2007). Alkol kullanımı ile ilişkili bozukluklar. İçinde C. Güleç ve E. Köroğlu (Edl.), *Psikiyatri Temel Kitabı* (ss. 161–172). Ankara, HYB Basım Yayın.
- van der Maas, M. (2016). Problem gambling, anxiety and poverty: An examination of the relationship between poor mental health and gambling problems across socio-economic status. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14(2), 214–226. <https://doi.org/10.1007/s11469-015-9587-5>
- Van Dyke, M. M., & Hovis, A. M. (2014). Beyond the medical model: The biopsychosocial approach to mental health care. *Journal of Mental Health Counseling*, 36(3), 185–199. <https://doi.org/10.17744/mehc.36.3.01p43u5464040482>
- Velotti, P., Rogier, G., Beomonte Zobel, S., & Billieux, J. (2021). The relationship between alexithymia and dysregulation in gambling disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 127, 809–821. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.06.002>
- Verdejo-García, A., Clark, L., & Dunn, B. D. (2012). The role of interoception in addiction: A critical review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(8), 1858–1869. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.05.007>
- W.Creswell, J. (2014). *Araştırma deseni : nitel nicel ve karma yöntem yaklaşımları*. Eğiten Kitap.
- Walter, M. (2001). The intergenerational transmission of gambling. *Journal of Gambling Studies*, 17(2), 119–134. <https://doi.org/10.1023/A:1016649912906>
- Walters, G. D. (2001). Behavior genetic research on gambling and problem gambling: A preliminary meta-analysis of available data. *Journal of Gambling Studies*, 17(4), 255–271. <https://doi.org/10.1023/A:1013681915852>

- Wardle, H., Reith, G., Langham, E., & Rogers, R. D. (2021). Gambling and public health: A review of the global evidence. *The Lancet Public Health*, 6(1), e46–e57. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30244-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30244-1)
- Wardle, H., Seabury, C., Ahmed, H., Payne, C., Byron, C., Corbett, J., & Sutton, R. (2014). *Gambling behaviour in England and Scotland: Findings from the Health Survey for England 2012 and Scottish Health Survey 2012*. The Gambling Commission.
- Watkins, E. (2015). An alternative transdiagnostic perspective on mental health problems. In D. H. Barlow (Ed.), *The Oxford handbook of clinical psychology* (Updated ed., pp. 249–266). Oxford University Press.
- Wells, A., & Matthews, G. (1993). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Psychology Press.
- Werner, K., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 13–37). Guilford Press.
- Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., & Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eating Behaviors*, 8(2), 162–169. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.04.001>
- Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders—Fifth edition. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 494–504. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.494>
- Wiehler, A., & Peters, J. (2021). *The role of dopamine in pathological gambling and binge eating*. In D. G. L. Van Dillen (Ed.), *The neuropsychology of emotion and emotion regulation* (pp. 145–164). Academic Press.
- Williams, A. D., Grisham, J. R., Erskine, A., & Cassedy, E. (2012). Deficits in emotion regulation associated with pathological gambling. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 223–238. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2011.02022.x>
- Wilson, M. (1993). DSM-III and the transformation of American psychiatry: A history. *American Journal of Psychiatry*, 150(3), 399–410. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.3.399>

- Wood, R. T., & Griffiths, M. D. (2007). A qualitative investigation of problem gambling as an escape-based coping strategy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(1), 107–125. <https://doi.org/10.1348/147608306X107881>
- World Health Organization. (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- Yiğit, İ., & Güzey-Yiğit, M. (2019). Psychometric properties of the Turkish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale-Brief Form (DERS-16). *Current Psychology*, 38(6), 1503–1511. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9712-7>
- Zaki, J., & Williams, W. C. (2003). Interpersonal emotion regulation. *Emotion*, 13(5), 803–810. <https://doi.org/10.1037/a0033839>
- Zhang, K., & Clark, L. (2020). Loss-chasing in gambling behaviour: Neurocognitive and behavioural economic perspectives. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 31, 1–7. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352154619301068>
- Zhou, H., Hung, E. P. W., Xie, L., Yuan, Z., & Wu, A. M. S. (2022). The Application of the Intolerance of Uncertainty Model to Gambling Urge and Involvement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 14738. <https://doi.org/10.3390/ijerph192214738>



EKLER

Ek 1. Çalışmada Kullanılan Demografik Bilgi Formu ve Örnek Ölçek Maddeleri

Ek 1.1. Demografik Bilgi Formu

Aşağıda, sizinle ilgili bazı kişisel sorulara cevap vermeniz beklenmektedir. Lütfen hepsini dikkatlice okuyunuz ve boş bırakmadan yanıtlayınız.

a. Yaş: _____

b. Biyolojik Cinsiyet: () Kadın () Erkek () İnterseks/Çift Cinsiyetli

c. İlişki Durumu: () Bekar/İlişkisi yok () Bekar/İlişkisi var () Evli

d. Sizin Eğitim Durumunuz:

1. () Okur-yazar değil	2. () Okur-yazar	3. () İlkokul Mezunu
4. () Ortaokul Mezunu	5. () Lise Mezunu	6. () Üniversite Öğrencisi
7. () Üniversite Mezunu	8. () Yüksek Lisans Mezunu	9. () Doktora Mezunu

e. Anne Eğitim Düzeyi:

10. () Okur-yazar değil	11. () Okur-yazar	12. () İlkokul Mezunu
13. () Ortaokul Mezunu	14. () Lise Mezunu	15. () Üniversite Öğrencisi
16. () Üniversite Mezunu	17. () Yüksek Lisans Mezunu	18. () Doktora Mezunu

f. Baba Eğitim Düzeyi:

19. () Okur-yazar değil	20. () Okur-yazar	21. () İlkokul Mezunu
22. () Ortaokul Mezunu	23. () Lise Mezunu	24. () Üniversite Öğrencisi
25. () Üniversite Mezunu	26. () Yüksek Lisans Mezunu	27. () Doktora Mezunu

g. Ailenin Aylık Geliri: _____

h. Sizin Aylık Geliriniz: _____

Ek 1.2. Kumar Risk Tarama Ölçeği Örnek Maddeleri

Son bir yıl içinde bugüne kadar aşağıdakilerden birisini hiç yapıp yapmadığınızı işaretleyin. Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

		Evet			Evet
A	At yarışı vb	☐	H	Sayısal-Loto	☐
B	Parasına Kağıt Oyunları (yanık, poker vb.)	☐	I	Kazı-Kazan	☐
C	Parasına Okey	☐	J	Milli Piyango	☐
D	Parasına Zar Oyunları (barbut vb.)	☐	K	Borsa, Foreks, vb.	☐
E	Horoz Dövüşü	☐	L	Casino Oyunları	☐
F	İnternet üstünden spor bahis siteleri (İddaa vb.)	☐	M	Parasına Beceri İsteyen Oyunlar Oynama (Bilardo gibi)	☐
G	Spor-Toto veya Spor-Loto	☐	N	Yukarıda belirtilmeyen başka bahis veya kumar çeşitleri	☐

	Aşağıdaki ifadeleri dikkatlice okuyunuz ve sizin için uygun seçeneği işaretleyiniz...	Hiçbir zaman	Bazen	Neredeyse her zaman
1	Aileniz veya arkadaşlarınıza ne kadar kumar oynadığınız veya kumarda ne kadar para kaybettiğiniz konusunda yalan söylediniz mi?			
2	Kumarda kaybettiğiniz parayı kazanmak için tekrar kumar oynadığınız oldu mu?			
3	Kumar oynamanız nedeniyle ailenizin sizi eleştirdiği oldu mu?			
4	Kumar oynamanız nedeniyle ailenizle ilişkide sorun yaşadığınız oldu mu?			
5	Kumar oynamanız nedeniyle ekonomik sorunlar yaşadığınız oldu mu?			
6	Kumar oynamak amacıyla borç aldığınız oldu mu?			
7	Yaşamınızdaki ve ilişkilerinizdeki sorunlardan kaçmak veya unutmak amacıyla kumar oynadığınız oldu mu?			
8	Kumar oynadıktan sonra, kumar oynamanız ile ilişkili pişmanlık duyduğunuz oldu mu?			
9	Niyet ettiğinizden daha fazla kumar oynadığınız oldu mu?			
10	Kumar oynama davranışınız son bir aydır devam ediyor mu?			

Ek 1.3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (Kısa Form) Örnek Maddeleri

Lütfen aşağıdaki maddelerin karşısında bulunan ve maddelere ne kadar katıldığınızı gösteren sayılardan size en uygun olanını işaretleyiniz. (1) Bana hiç uygun değil, (2) Bana çok az uygun, (3) Bana biraz uygun, (4) Bana çok uygun ve (5) Bana tamamen uygun.						
		1	2	3	4	5
1	Beklenmedik olaylar canımı çok sıkar.					
2	Bir durumda ihtiyacım olan tüm bilgilere sahip değilsem sinirlerim bozulur.					
3	İnsan sürprizlerden kaçınmak için daima ileriye bakmalıdır.					
4	En iyi planlamayı yapsam bile beklenmedik küçük bir olay her şeyi mahvedebilir.					
5	Geleceğin bana neler getireceğini her zaman bilmek isterim.					
6	Bir duruma hazırlıksız yakalanmaya katlanamam.					
7	Her şeyi önceden ayrıntılı bir şekilde organize edebilmeliyim.					
8	Belirsizlik beni hayatı dolu dolu yaşamaktan alıkoyar.					
9	Harekete geçme zamanı geldiğinde, belirsizlik elimi kolumu bağlar.					
10	Belirsizlik yaşadığımda pekiyi çalışmam.					
11	En küçük bir şüphe bile hareket etmemi engeller.					
12	Tüm belirsiz durumlardan uzak durmak zorundayım.					

Ek 1.4. Duygu Düzenleme G  l kl r   l     (Kısa Form)  rnek Maddeleri

Aşağıdaki ifadelerin size ne sıklıkla uyduğunu, her ifadenin yanında yer alan 5 dereceli  l  ek üzerinden değerlendiriniz. Her bir ifadenin altındaki 5 noktalı  l  ekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

	Hemen hemen hi�	Bazen	Yaklaşık Yarı yarıya	�o�u zaman	Hemen hemen her zaman
1. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.					
2. Ne hissetti�im konusunda karmaşa yaşarım.					
3. Kendimi k�t� hissetti�imde işlerimi bitirmekte zorlanırım.					
4. Kendimi k�t� hissetti�imde kontrolden �ıkarım.					
5. Kendimi k�t� hissetti�imde uzun s�re b�yle kalacağına inanırım.					
6. Kendimi k�t� hissetmenin yo�un depresif duyguyla sonu�lanacağına inanırım.					
7. Kendimi k�t� hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.					
8. Kendimi k�t� hissederken kontrolden �ıktı�ım korkusu yaşarım.					
9. Kendimi k�t� hissetti�imde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.					
10. Kendimi k�t� hissetti�imde zayıf biri oldu�um duygusuna kapılırım.					
11. Kendimi k�t� hissetti�imde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.					
12. Kendimi k�t� hissetti�imde daha iyi hissetmem i�in yapabilece�im hi�bir şey olmadı�ına inanırım.					
13. Kendimi k�t� hissetti�imde b�yle hissetti�im i�in kendimden rahatsız olurum.					
14. Kendimi k�t� hissetti�imde kendimle ilgili olarak �ok fazla endişelenmeye başlarım.					
15. Kendimi k�t� hissetti�imde başka bir şey d�ş�nmekte zorlanırım.					
16. Kendimi k�t� hissetti�imde duygularım dayanılmaz olur.					

Ek 2. Araştırmaya Ait Etik Kurul Onayı

	AMASYA ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU
---	---

Ek-1

Araştırmanın Başlığı : “Kumar Bağımlılığında Tanılar Üstü Süreçler: Duygu Düzenleme ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük”	
Başvuru Formunun Etik Kurula geldiği tarih	28.08.2024
Başvuru Formunun Etik Kurulda incelendiği tarih	09.09.2024
Karar tarihi	09.09.2024

SONUÇ

1.	☒ Kabul
2.	☐ Düzeltme gereklidir: Etik sorun olabilecek sorular/maddeler, süreçler ya da unsurlar bulunmaktadır. Açıklama:
3.	☐ Red Gerekçe, Görüş, Tavsiye ve Açıklamalar:

Başvuru dosyasının incelenmesinde hazır bulunan ve araştırmayla doğrudan veya dolaylı olarak ilişkisi bulunmayan Etik Kurul başkan ve üyelerinin ad, soyad ve imzaları.

Doç. Dr. Seda SABAH	Başkan	Eğitim Fakültesi	İMZA
Doç. Dr. Melike BAŞ	Üye	Eğitim Fakültesi	İMZA
Doç. Dr. Üyesi Fatih CAN	Üye	Eğitim Fakültesi	İMZA
Doç. Dr. Aşlı ALTANLAR	Üye	Mimarlık Fakültesi	İMZA
Doç. Dr. Önder ERYILMAZ	Üye	Eğitim Fakültesi	İMZA
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ŞAHİN	Üye	Sabuncuoğlu Şerefeddin SHMYO	İMZA
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Yıldız	Üye	Eğitim Fakültesi	İMZA

KYT-FRM-126/00

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZ GEÇMİŞ

FURKAN RÜŞEN

Öğrenim Bilgisi

Yüksek Lisans	Amasya Üniversitesi
	Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı
Başlangıç bitiş tarihi	(02.10.2023- Devam Ediyor)
Tez Danışmanı	(Dr. Öğretim Üyesi Nihan OSMANAĞAOĞLU)
Lisans	Erzincan Üniversitesi Üniversitesi
Başlangıç bitiş tarihi	Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı (06.09.2013/26.05.2017)

Eserler

A. Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

1. ...

B. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında (proceedings) basılan bildiriler:

1. ...

C. Yazılan ulusal/uluslararası kitaplar veya kitaplardaki bölümler:

1. ...

D. Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında (proceedings) basılan bildiriler:

1. ...

E. Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

1. ...