



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**YETİŞKİNLERDE ÇEVİRİMİÇİ KUMAR OYNAMADA  
BAĞIMLILIĞIN RİSK VE KORUYUCU  
FAKTÖRLERİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**NİSA NUR ÇALIŞKAN**

**İSTANBUL, 2024**



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**YETİŞKİNLERDE ÇEVİRİMİÇİ KUMAR OYNAMADA  
BAĞIMLILIĞIN RİSK VE KORUYUCU  
FAKTÖRLERİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**NİSA NUR ÇALIŞKAN  
(220133022)**

**Danışman  
(Prof.Dr. Gaye Saltukoğlu)**

**İSTANBUL, 2024**

08/07/2024

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans programı öğrencisi 220133022 numaralı Nisa Nur ÇALIŞKAN ŞEN'in hazırladığı Yetişkinlerde Çevrimiçi Kumar Oynamada Bağımlılığın Risk ve Koruyucu Faktörlerinin İncelenmesi" konulu Yüksek Lisans tezi ile ilgili Tez Savunma Sınavı, 08/07/2024 Pazartesi günü saat 10:00'da yapılmış, sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin **Kabulüne Geçirilmesi/Oy Birliği** ile karar verilmiştir.

Tez adı değişikliği yapılması halinde: Tez adının .....  
.....  
şeklinde değiştirilmesi uygundur.

Jüri Üyesi	Karar
1. (Danışman) Prof. Dr. Gaye Saltukoğlu	Kabul
2. Prof. Dr. Sefer Saygılı	Kabul
3. Dr. Öğr. Üyesi F. Manperi uluyol	Kabul
4. ....	.....
5. ....	.....
6. (İkinci Danışman)*	.....

\*2. Danışman varsa doldurulması gerekmektedir.

## **ETİK BİLDİRİM**

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bağlı olduğum üniversite veya bir başka üniversitedeki başka bir çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

Nisa Nur Çalışkan

## TEŞEKKÜR

Bu tezin hazırlanmasında, değerli bilgi ve eleştirileriyle çalışmamı destekleyen Sayın Prof. Dr. Gaye Saltukoğlu'na ve bana sabırla rehberlik eden Sayın Doç. Dr. Melek Astar'a en içten teőekkürlerimi sunarım. Ayrıca, tüm eğitim hayatım boyunca beni destekleyen ailem Hediye ve Mete alışkan'a ve tez yazım süreci boyunca yanımda olan eşim Burhan Şen'e teşekkür ederim. Son olarak, jouissance kavramını derinlikle deneyimlediğim bu süreçte, etik değerlerinden ve bilimsel ideallerinden taviz vermeden bu süreci yürüten tüm öğrencilere ve meslektaşlarıma yalnız olmadığımı hatırlattıkları için teşekkür ederim.

Nisa Nur alışkan

**YETİŞKİNLERDE ÇEVİRİMİÇİ KUMAR OYNAMADA  
BAĞIMLILIĞIN RİSK VE KORUYUCU  
FAKTÖRLERİNİN İNCELENMESİ**  
**Nisa Nur Çalışkan**

**ÖZET**

Çevrimiçi kumar oynama davranışı, zararsız bir aktiviteden ciddi bir psikiyatrik sorun oluşumuna kadar uzanan geniş bir çerçevede gerçekleşebilir. Bu çalışmada, çevrimiçi kumar bağımlılığının gelişiminde rol oynayan sosyo-demografik, sağlıkla ilişkili ve kumarla ilişkili özellikler, motivasyonlar ve bilişler ile sosyal, sorunlu ve patolojik kumarbaz düzeyinde ilişkileri ve farklılıkları inceleyerek risk ve koruyucu faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada, 18-71 yaş arasındaki 556 katılımcıya amaçlı ve kartopu örnekleme yöntemiyle çevrimiçi anketler uygulanmıştır. Anketlerde Demografik Bilgi Formu, İnternet Kumar Bağımlılığı Ölçeği (İKBÖ), Kumar Oynama Bozukluğu Tarama Testi (KOBTT), Kumar Oynama Nedenleri Ölçeği (KONÖ), Kumar Risk Tarama Ölçeği (KURT) ve Şans/Bahis Oyunları- Kumar ile İlişkili Düşünceler Ölçeği (GRCS-T) kullanılmıştır. Parametrik test varsayımları sağlanmadığından Bonferroni düzeltilmeli Kruskal-Wallis, Mann Whitney U ve Ki-Kare analizleriyle çalışılmıştır. Bulgularda, erkek cinsiyet, lise ve ön lisans mezunu olmak, bekarlık, kötü aile ilişkileri, yetersiz sosyal destek, hobilere katılmama veya düşük katılım sıklığı, uyuşturucu madde tüketimi, yüksek sıklıkta tütün kullanımı, intihar girişimi, çocukluk ve ergenlik döneminde kumar başlangıcı, başlangıçta büyük bir maddi kazanç/kayıp yaşama, kumar oynayan çevreye sahip olma, yüksek sıklıkta kumar oynama, slot ve bahis türlerine sık katılım, beş ve üzeri kumar türüne katılma, geçmişte KOB tedavisi alma, eğlenme/heyecanlanma, kaçınma, para kazanma ve sosyalleşme amacıyla yüksek kumar oynama motivasyonu ve kumara ilişkin bilişsel çarpıtmalar sorunlu ve patolojik oynama ile ilişkili risk faktörü olarak belirlenmiştir. Buna karşın, kadın olmak, evli olmak, çocuk sahibi olmak, yüksek lisans ve doktora mezunu olmak, iyi aile ilişkileri, güçlü sosyal destek ağı,

sağlıklı/keyifli aktivitelere yüksek katılım gösterme, kumar oynamayan sosyal çevre, düşük sıklıkta kumar oynama, yaşam boyu yalnızca 1 kumar türüne katılma, kumar oynamaya yetişkinlikte (25 yaş üzeri) başlama, sosyal kumar oynama ile ilişkili koruyucu faktörlerdir.

**Anahtar Kelimeler:** Çevrimiçi Kumar Bağımlılığı, Risk Faktörleri, Koruyucu Faktörler, Bireysel Özellikler, Kumara İlişkin Bilişler, Kumar Oynama Nedenleri.

# **EXAMINING RISK AND PROTECTIVE FACTORS FOR ONLINE GAMBLING ADDICTION IN ADULTS**

**Nisa Nur Çalışkan**

## **ABSTRACT**

Online gambling behavior can range from a harmless activity to a serious psychiatric disorder. This study aims to identify risk and protective factors by examining the relationships and differences at the levels of social, problem, and pathological gamblers regarding socio-demographic, health-related, and gambling-related characteristics, motivations, and cognitions. Surveys were administered online to 556 participants aged between 18-71 years, using purposive and snowball sampling methods. The surveys included a Demographic Information Form, Internet Gambling Addiction Scale (IGAS), Gambling Disorder Screening Test (GDST), Five-Factor Gambling Motives Scale (GMS), Gambling Risk Screening Scale (GRSS), Gambling-Related Cognitions Scale (GRCS-T). Due to the failure to meet parametric test assumptions, analyses were conducted with Bonferroni-adjusted Kruskal-Wallis, Mann Whitney U, and Chi-Square tests. Findings identified risk factors associated with problem and pathological gambling including being male, having a high school or associate degree, being single, poor family relations, inadequate social support, low or no participation in hobbies, substance abuse, high frequency of tobacco use, having attempted suicide, starting gambling in childhood or adolescence, experiencing significant financial gain/loss initially, having a gambling environment, high frequent gambling, frequent participation in slots and betting types, engaging in five or more types of gambling, past gambling disorder treatment, gambling for entertainment/excitement, avoidance, earning money, and socialization purposes, and cognitive distortions related to gambling. Conversely, being female, being married, having children, having a graduate or doctoral degree, good family relations, strong social support network, high participation in healthy/enjoyable activities, non-

gambling social environment, low frequency of gambling, only engaging in one type of gambling throughout life, and starting gambling in adulthood (over 25 years old) were identified as protective factors associated with social gambling.

**Keywords:** Online Gambling Addiction, Risk Factors, Protective Factors, Individual Characteristics, Gambling-Related Cognitions, Reasons For Gambling.

## ÖN SÖZ

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de çevrimiçi kumar oynayan yetişkinlerin profilini incelemek. Sosyo-demografik, sağlıkla ilişkili ve kumarla ilişkili değişkenlerin kumarbaz düzeyleri ile ilişkisini incelemek ve ilgili risk ve bağımlılık ölçütleriyle farklılıkları saptamak. Bununla birlikte, örneklemin kumara ilişkin bilişleri ve motivasyonlarını araştırarak, kumarbaz düzeyleri ile farklılıkları incelemek. Çalışmanın sonucunda, çevrimiçi kumar bağımlılığında risk ve koruyucu faktörleri belirleyerek, literatüre, klinik araştırmalara ve çevrimiçi kumar bağımlılığına müdahalede tedavi ve önleme çalışmalarına katkı sunmak istenmektedir.

Mayıs, 2024

Nisa Nur Çalışkan

## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	v
ABSTRACT .....	vii
ÖN SÖZ.....	ix
SEMBOLLER .....	xiii
TABLolar LİSTESİ.....	xiv
KISALTMALAR .....	xvii
GİRİŞ .....	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	3
1. KURAMSAL ÇERÇEVE.....	3
1.1. TANIM VE TEMEL KAVRAMLAR .....	3
1.1.1. Kumar Nedir? .....	3
1.1.1.1. Çevrimiçi Kumar .....	3
1.1.1.1.1. Kumar Benzeri Oyun .....	4
1.1.1.1.2. Oyun Benzeri Kumar .....	5
1.1.2. Çevrimiçi Kumar Oyunu Çeşitleri ve Sınıflandırma .....	5
1.1.2.1. Şans Faktörüne Dayanan Oyunlar .....	7
1.1.2.2. Beceri Faktörüne Dayanan Oyunlar .....	9
1.1.2.3. Hem Beceri Hem Şans Faktörüne Dayanan Oyunlar .....	9
1.1.2.4. Sürekli Oyunlar .....	10
1.1.2.5. Süreksiz Oyunlar .....	10
1.1.3. Kumar Oynayan Kişilerin Sınıflandırılması .....	10
1.1.3.1. Patolojik Kumar Oynama .....	11
1.1.3.2. Sorunlu Kumar Oynama .....	11
1.1.3.3. Sosyal Kumar Oynama .....	12
1.1.4. Bağımlılık Nedir? .....	13
1.1.4.1. Bağımlılık Türlerinde Paylaşılan Temel Bileşenler .....	14
1.1.5. Davranışsal Bağımlılık Nedir? .....	15
1.1.5.1. Davranışsal Bağımlılık Türleri .....	16
1.1.6. Kumar Bağımlılığı Nedir? .....	16
1.1.6.1. Kumar Bağımlılığının Aşamaları .....	17
1.1.6.1.1. Kazanma Evresi .....	17
1.1.6.1.2. Kaybetme Evresi .....	17
1.1.6.1.3. Çaresizlik Evresi .....	18
1.1.6.1.4. Bırakma Evresi .....	18
1.2. TANI VE SINIFLANDIRMA.....	19

1.2.1.	Kumar Oynama Bozukluğu (KOB) .....	19
1.2.1.1.	DSM-5.....	19
1.2.1.2.	ICD-11 .....	20
1.3.	TARİHÇE.....	21
1.3.1.	Geçmişten Bugüne Kumar.....	21
1.3.1.1.	Dünyada Çevrimiçi Kumar.....	22
1.3.1.2.	Türkiye’de Çevrimiçi Kumar.....	24
1.3.2.	Geçmişten Bugüne Kumar Bağımlılığı .....	27
1.3.2.1.	Geçmişten Bugüne Tanı ve Sınıflandırma .....	28
1.4.	ÇEVİRİMİÇİ KUMAR BAĞIMLILIĞININ ETİYOLOJİSİ .....	29
1.4.1.	Genetik Faktörler .....	30
1.4.2.	Nörobiyolojik Faktörler .....	30
1.4.3.	Psikolojik Faktörler .....	36
1.4.3.1.	Bilişsel Faktörler.....	39
1.4.3.1.1.	Bilişsel Çarpıtmalar, Düşünce Hataları .....	40
1.4.4.	Çevresel Faktörler.....	41
1.4.4.1.	Sosyo-kültürel Faktörler .....	41
1.4.4.2.	Yapısal Faktörler .....	46
1.4.4.3.	Yasal ve Politik Faktörler .....	56
1.4.5.	Patolojik Kumarbazların Profili: Kumar Oynama Bozukluğunda Sosyo- Demografik Özellikler .....	57
1.4.6.	Nesiller Arası Etkiler .....	63
1.5.	ÇEVİRİMİÇİ KUMAR BAĞIMLILIĞININ EPİDEMİYOLOJİSİ .....	65
1.5.1.	Dünyada ve Türkiye’de Çevrimiçi Kumarın Sıklığı ve Yaygınlığı.....	66
1.5.2.	Çevrimiçi Kumar Bağımlılığında Risk Faktörleri .....	71
1.5.3.	Çevrimiçi Kumar Bağımlılığında Koruyucu Faktörler.....	74
1.5.4.	Kumarın Yol Açtığı Olumsuz Sonuçlar .....	79
1.5.4.1.	Kumarın Zararları.....	80
1.5.4.2.	Kumar Bağımlılığının Birey ve Toplum Üzerindeki Etkileri.....	81
1.5.5.	Kumar Oynama Bozukluğunun Psikiyatrik Bozukluklarla İlişkisi .....	84
1.5.5.1.	Çevrimiçi Kumar ve Komorbidite .....	85
1.6.	ÇEVİRİMİÇİ KUMAR VE TEDAVİ .....	89
1.6.1.	Kumara İlişkin Kuramlar ve Teorik Yaklaşımlar .....	89
1.6.2.	Çevrimiçi Kumarda Tedavi Türleri ve Yöntemleri .....	92
1.6.3.	Çevrimiçi Kumara Yönelik Önleyici Çalışmalar .....	96
1.6.4.	Türkiye’de Çevrimiçi Kumarla Mücadele Kapsamında Yürütülen Önleme Çalışmaları: İlgili Kuruluşlar ve Başvuru Merkezleri .....	99
<b>İKİNCİ BÖLÜM</b>	<b>.....</b>	<b>104</b>
<b>2. YÖNTEM</b>	<b>.....</b>	<b>104</b>
2.1.	KATILIMCILAR .....	104
2.2.	VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	104

2.2.1. Demografik Bilgi Formu .....	104
2.2.2. İnternet Kumar Bağımlılığı Ölçeği (İKBÖ) .....	105
2.2.3. Kumar Oynama Bozukluğu Tarama Testi (KOBTT).....	105
2.2.4. Kumar Oynama Nedenleri Ölçeği (KONÖ) .....	106
2.2.5. Kumar Risk Tarama Ölçeği (KURT) .....	107
2.2.6. Şans/Bahis Oyunları-Kumar ile İlişkili Düşünceler Ölçeği (GRCS-T)..	107
2.3. İŞLEM .....	109
2.4. VERİLERİN ANALİZİ .....	109
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM .....</b>	<b>112</b>
<b>3. BULGULAR .....</b>	<b>112</b>
<b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM .....</b>	<b>177</b>
<b>4. TARTIŞMA .....</b>	<b>177</b>
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>190</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>194</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>214</b>

## SEMBOLLER

$\bar{X}$	: Ortalama
<b>p</b>	: Anlamlılık Değeri
<b>df</b>	: Serbestlik Derecesi
$\chi^2$	: Pearson Ki Kare Değeri
<b>SH</b>	: Standart Hata
<b>IQR</b>	: eyrekler Arası Aralık
<b>SS</b>	: Standart Sapma
<b>n</b>	: Kişi Sayısı
<b>%</b>	: Yüzde

## TABLÖLAR LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Örneklemin Demografik Değişkenler Açısından Dağılımı.....	<b>113</b>
<b>Tablo 1.1.</b> Örneklemin Yaş ve Çocuk Sayısı Betimleyici İstatistik Değerleri.....	<b>114</b>
<b>Tablo 2.</b> Örneklemin Gelir Düzeyi ve Çalışma Durumu Açısından Dağılımı.....	<b>115</b>
<b>Tablo 3.</b> Örneklemin Aile İlişkileri, Sosyal Destek Alma ve Boş Vakit Aktiviteleri Açısından Dağılımı.....	<b>116</b>
<b>Tablo 4.</b> Örneklemin Kumar ile İlgili Özellikleri Açısından Dağılımı.....	<b>117</b>
<b>Tablo 4.1.</b> Örneklemin Kumar Başlangıç Yaşı Betimleyici İstatistik Değerleri...	<b>119</b>
<b>Tablo 4.2.</b> Örneklemin Çevrimiçi Kumar Oyun Türlerine Göre Katılım Oranları Dağılımı.....	<b>119</b>
<b>Tablo 5.</b> Örneklemin Alkol, Tütün ve Uyuşturucu Madde Tüketimi ve Sıklıkları Dağılımı.....	<b>120</b>
<b>Tablo 6.</b> Örneklemin Yaşam Boyu Tanı Alma, İntihar Girişimi ve KOB Tedavisi Alma Durumları Açısından Dağılımı.....	<b>121</b>
<b>Tablo 6.1.</b> Kumar Oynama Bozukluğu Tedavisi Gören Örneklemin Tedaviye Başlangıç Yaşının ve Süresinin Betimleyici İstatistik Değerleri.....	<b>122</b>
<b>Tablo 6.2.</b> Kumarbaz Düzeyleri ile Kumar Oynama Bozukluğu Tedavi Süresi Grupları Açısından Ortak Frekans Dağılımları.....	<b>123</b>
<b>Tablo 7.</b> Araştırma Ölçek ve Alt Boyutlarının Güvenirlik Katsayıları.....	<b>123</b>
<b>Tablo 8.</b> Örneklemin Ölçek Puanları ile Alt Boyut Puanlarının Tanımlayıcı İstatistik Değerleri.....	<b>124</b>
<b>Tablo 9.</b> Örneklemin Kumarbaz Düzeyleri Açısından Dağılımı.....	<b>126</b>
<b>Tablo 10.</b> Çevrimiçi Kumar Katılım Sıklığı ile Sosyo-demografik Değişkenlerin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması.....	<b>126-127</b>
<b>Tablo 11.</b> Çevrimiçi Kumar Katılım Sıklığı ile Kumarla İlişkili Değişkenlerin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması.....	<b>128</b>
<b>Tablo 12.</b> Cinsiyet ve Çevrimiçi Kumarla İlişkili Çeşitli Değişkenlerin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması.....	<b>129</b>

<b>Tablo 13.</b> Kumar Katılım Şekli ve Çeşitli Değişkenlerin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması.....	<b>130</b>
<b>Tablo 14.</b> Kumarbaz Düzeyleri ve Sosyo-Demografik Değişkenlerin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması.....	<b>131</b>
<b>Tablo 15.</b> Kumarbaz Düzeyleri ve Sağlıkla İlişkili Çeşitli Değişkenlerin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması.....	<b>132</b>
<b>Tablo 16.</b> Kumarbaz Düzeyleri ve Kumarla İlişkili Değişkenlerin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması.....	<b>133</b>
<b>Tablo 17.</b> Örneklemin Ölçek Puanları ile Alt Boyut Puanları Dağılımının Normallik Sınaması Sonuçları.....	<b>134</b>
<b>Tablo 18.</b> İKBÖ Puanının Çeşitli Değişken Kategorileri Açısından Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>135</b>
<b>Tablo 19.</b> KURT Puanının Çeşitli Değişken Kategorileri Açısından Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>136</b>
<b>Tablo 20.</b> GRCS-T_KODD Puanının Çeşitli Değişken Kategorileri Açısından Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>138</b>
<b>Tablo 21.</b> GRCS-T_KOEİ Puanının Çeşitli Değişken Kategorileri Açısından Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>139</b>
<b>Tablo 22.</b> GRCS-T_KOBE Puanının Çeşitli Değişken Kategorileri Açısından Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>140</b>
<b>Tablo 23.</b> GRCS-T_YDÖY Puanının Çeşitli Değişken Kategorileri Açısından Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>141</b>
<b>Tablo 24.</b> GRCS-T_TK Puanının Çeşitli Değişken Kategorileri Açısından Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>142</b>
<b>Tablo 25.</b> Eğlenme/Heyecanlanma Puanının Çeşitli Değişken Kategorileri Açısından Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>143</b>
<b>Tablo 26.</b> Kaçınma Puanının Çeşitli Değişken Kategorileri Açısından Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>144</b>
<b>Tablo 27.</b> Para Kazanma Puanının Çeşitli Değişken Kategorileri Açısından Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>145</b>
<b>Tablo 28.</b> Sosyalleşme Puanının Çeşitli Değişken Kategorileri Açısından Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>146</b>

<b>Tablo 29.</b> İKBÖ Puanının Çeşitli Sosyo Demografik Değişkenlere göre Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>147</b>
<b>Tablo 30.</b> İKBÖ Puanının Kumarla İlişkili Değişkenlere göre Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>149</b>
<b>Tablo 31.</b> KURT Puanının Çeşitli Sosyo Demografik Değişkenlere göre Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>151</b>
<b>Tablo 32.</b> KURT Puanının Kumarla İlişkili Değişkenlere göre Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>154</b>
<b>Tablo 33.</b> GRCS-T_KODD Puanının Çeşitli Değişkenlere göre Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>156</b>
<b>Tablo 34.</b> GRCS-T_KOEİ Puanının Çeşitli Değişkenlere göre Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>158</b>
<b>Tablo 35.</b> GRCS-T_KOBE Puanının Çeşitli Değişkenlere göre Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>160</b>
<b>Tablo 36.</b> GRCS-T_YDÖY Puanının Çeşitli Değişkenlere göre Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>162</b>
<b>Tablo 37.</b> GRCS-T_TK Puanının Çeşitli Değişkenlere göre Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>164</b>
<b>Tablo 38.</b> Eğlenme/Heyecanlanma Puanının Çeşitli Değişkenlere göre Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>166</b>
<b>Tablo 39.</b> Kaçınma Puanının Çeşitli Değişkenlere göre Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>168</b>
<b>Tablo 40.</b> Para Kazanma Puanının Çeşitli Değişkenlere göre Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>170</b>
<b>Tablo 41.</b> Sosyalleşme Puanının Çeşitli Değişkenlere göre Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>172</b>
<b>Tablo 42.</b> Ölçek Puanlarının Kumarbaz Düzeyleri Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>174</b>

## KISALTMALAR

Bkz.	Bakınız
bkz.: aş.	Eserin kendi içinde aşağıya atıf
bkz.:yuk.	Eserin kendi içinde yukarıya atıf
C.	Cilt
çev.	Çeviren
s.	Sayfa/sayfalar
vd.	Çok yazarlı eserlerde ilk yazardan sonrakiler
KOB	Kumar Oynama Bozukluğu
İKBÖ	İnternet Kumar Bağımlılığı Ölçeği
KOBTT	Kumar Oynama Bozukluğu Tarama Testi
KONÖ	Kumar Oynama Nedenleri Ölçeği
KURT	Kumar Risk Tarama Ölçeği
GRCS-T	Şans/Bahis Oyunları-Kumar ile İlişkili Düşünceler Ölçeği
GRCS-T_KODD	Kumar Oynamayı Durduramama Düşünceleri Alt Boyutu
GRCS-T_KOEİ	Kontrol Etme İllüzyonu Alt Boyutu
GRCS-T_KOBE	Kumar Oynama Beklentileri Alt Boyutu
GRCS-T_YDÖY	Yoruma Dayalı Ön Yargı Alt Boyutu
GRCS-T_TK	Tahmini Kontrol Alt Boyutu

## GİRİŞ

Çevrimiçi kumar, değerli bir şey elde edebilmek amacıyla bir varlığın riske edilerek, kazanç ve kayıp ile sonuçlanma ihtimali rastlantısal olan kumar etkinliğinin internet üzerinden gerçekleştirilmesidir. Eğlenceli bir aktiviteden, bağımlılık davranışına kadar geniş bir spektruma uzanır (Fauth-Bühler vd., 2017; Korn ve Shaffer 1999). Geleneksel kumarın sanal ortama taşınmasıyla ortaya çıkan kavram, teknolojik gelişmeler aracılığıyla kumar katılımında çeşitli bariyerleri ve koşulları ortadan kaldırarak ek maliyetleri minimize etmiş ve eşit evrensel imkanlar sağlamıştır. Bunlar: çeşitli ödeme seçenekleri, kimliği gizli tutma, interaktif oyun çeşitliliği ve kumar toplulukları ve mekânsal sınırın ortadan kalkmasıyla istenilen vakitte hızlı, kolay ve erişilebilirliktir (Tomei vd., 2022; Pallesen vd., 2021). Dönüşümün getirisi bu yeni olanaklar kumarla ilişkili çeşitli sorunların da yaygınlaşmasına neden olmuştur (Philander ve MacKay, 2014). Ayrıca, bu hızlı yayılım ve fırsatlar kumar üzerindeki yasal ve toplumsal yaptırımları da sekteye uğratmıştır (WHO, 2017; DDK, 2014; Wood ve Williams, 2011). Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO, 2024) yıllık verilerine göre 350 milyona yakın kişi sorunlu kumar oynamaktadır.

Kumar Oynama Bozukluğu (KOB), bireyden topluma doğru ciddi olumsuz sonuçlar doğuran bir psikiyatrik bozukluktur (Black vd., 2013). ICD-9'da (WHO, 1977) ilk resmi teşhis terminolojisine dahil edilmesinden günümüze kadar giderek yaygınlaşan bir toplum sağlığı sorunu olarak değerlendirilir (WHO, 2024). Güncel tanı kriterlerinde, DSM-5'e (APA, 2013) göre klinik boyutta belirgin bir sıkıntı veya işlevsellikte bozulma ile görülen sürekli ve tekrar eden, belirti sayısına göre hafif, orta ve ağır düzeyde seyreden problemlili kumar davranışı olarak tanımlanmış olup ICD-11'de (DSÖ, 2023) çoğunlukla çevrimiçi veya çevrimdışı olmak üzere katılım koşullarına ayrılmıştır. Disiplinlerarası perspektifle KOB gelişimi genetik, nörobiyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerle ilişkilendirilmiştir (Grubbs ve Rosansky, 2020; Griffiths, 2005; Sharpe, 2002). Bununla birlikte, katılım koşuluna bağlı olarak gelişen çevrimiçi veya çevrimdışı KOB arasında, etiyolojik kökenler oldukça benzer olsa da bazı yapısal faktörler bakımından farklılık gösterirler ve

çevrimiçi kumarın daha bağımlılık yapıcı nitelikte olduğu birçok araştırmanın ortak bulgusudur (Pallesen vd., 2021; Baggio vd., 2017; Griffiths vd., 2009).

Çevrimiçi kumar katılımı çok çeşitli kumarbaz profillerinde görülür. Belirli özelliklerin KOB'a yatkınlığını arttırdığı bilinmekte olup hiçbir zaman bağımlılık gelişmeden kumar oynayan kişilerin sayısı oldukça fazladır (Sirola vd., 2021; Zou vd., 2017; Ashley ve Boehlke, 2012). Kumarbazlar arasında kumar oynama sıklığı, amacı, motivasyonu, oyun türü seçimi, kumara ilişkin bilişler, duygu durum değişikliği, durdurma girişimi, aşırma, yoksunluk, yitirileni kurtarma çabası gibi durumlar kişiler arası farklılık gösterir (Neophytou vd., 2021; Shaffer ve Martin, 2011). Bu değişkenlerin ortaya çıkışı, süresi ve şiddeti ise kumarbazların, bağımlılık risk düzeyine göre "sosyal, sorunlu veya patolojik" olarak ayrılan, hangi kumarbaz alt tipine dahil olduğunu belirler (Yeşilay, 2022; Sundqvist vd., 2016; Neal vd., 2005). Bununla birlikte, çevrimiçi ve çevrimdışı katılım koşulu arasında sosyodemografik yapıda da değişiklikler meydana gelmiştir (Griffiths vd., 2009).

Çevrimiçi kumar bağımlılığında risk ve koruyucu faktörlerin belirlenmesi kritik öneme sahiptir (Hearn vd., 2021). Risk faktörleri, kumar davranışının patolojik boyutlara ulaşma ihtimalini arttıran koşullar olarak tanımlanırken (Kazdin vd., 1997; Kraemer vd., 1997) koruyucu faktörler: sorunlu kumar olasılığını azaltma, mevcut davranışının şiddeti ve sıklığını hafifletme, mevcut risk faktörleri ile davranış şiddeti arasında tampon görevi görme ve sağlıklı davranış kalıplarını sürdürmeye yardımcı koşullar olmak üzere, birden fazla işleve sahiptir (Mishra vd., 2019; Dowling vd., 2017; Lussier vd., 2014). Ancak, çevrimiçi kumar kavramı literatürde güncel bir araştırma alanıdır (Bektaş, 2018).

Yetişkin çevrimiçi kumarbazları, hangi özelliklerinin ve faktörlerin KOB'un etiolojisinde risk veya koruyucu etki gösterdiğinin anlaşılması, çevrimiçi kumar bağımlılığı ile mücadelede müdahale girişimlerinin ve etkili tedavi yaklaşımları ve önleme çalışmalarının geliştirilmesi üzerinde kritik rol alır (Hearn vd., 2021; Dowling vd., 2021).

# BİRİNCİ BÖLÜM

## 1. KURAMSAL ÇERÇEVE

### 1.1. TANIM VE TEMEL KAVRAMLAR

#### 1.1.1. Kumar Nedir?

Kumar oynama kavramı, bir şahıs tarafından kazanç elde etme ümidiyle maddi varlıkların riske atılarak tek başına veya birden fazla kişiyle oynayabildiği eğlenceli bir aktiviteden bağımlılık davranışına kadar uzanan bir spektrum olarak düşünülebilir (Tekin ve Ögel, 2023; DDK, 2014). Evrensel olarak tek bir tanımı bulunmayan kumar kavramı hakkında literatürde bulunan bazı tanımlar şunlardır: Daha değerli bir şey elde etme umuduyla değerli bir şeyi riske etmeyi içeren dünya çapında yaygın bir faaliyet (Fauth-Bühler vd., 2017), rastlantısal veya belirsiz sonuçları olan şans etkinliklerine ya da olaylara para veya diğer nesnelere aracılığıyla bahse girilmesi (Devereux, 1979, akt. National Research Council, 1999). Kazanma veya kaybetme olasılığının garanti olmadığı olayın sonucu üzerine kurularak değerli bir şeyin riske atıldığı bir aktivite (Korn ve Shaffer 1999). Kişinin becerilerini kullanmadan maddi bir kazanç elde etme eylemi (Brenner ve Brenner, 1990). Kişinin oyun stratejine ilişkin bilgi sahibi olması gibi beceri faktörlerinin de dahil olduğu ve bu becerilerin oyunu kazanma şansını artırma ve olası sonuçlara ilişkin tahminleri geliştirmesi açısından etkili olduğu bir faaliyettir (Bruce ve Johnson, 1996). Türk Dil Kurumu (TDK) Sözlükleri'nde (2024) kumar 'ortaya para koyarak oynanan talih oyunu; oyun, keriz' olarak tanımlanırken çevrimiçi kumara ilişkin herhangi bir tanım bulunmamaktadır.

#### 1.1.1.1. Çevrimiçi Kumar

Geleneksel kumar etkinliklerinin internet ortamına taşınmasıyla ortaya çıkan çevrimiçi kumar kavramı, internette kumar, internet kumarı, dijital kumar, online kumar, e-kumar, online casino, online bahis, internet kumarhanesi veya sanal kumar olarak da tanımlanmaktadır (Yavuz, 2020; Floros, 2018). Teknolojik ilerlemeler vasıtasıyla ortaya çıkan çevrimiçi kumar oynama etkinliği, günümüzde kumar

kavramının genişlemesine büyük bir katkı sunmuştur. Bu gelişmeler, çevrimiçi kumarı çevrimdışı kumardan ayırıştırarak çeşitli imkanlar sunmaktadır. Bu imkanlar arasında erişiminin hızlı ve kolay olması nedeniyle günün herhangi bir saatinde ve herhangi bir mekânda aktiviteyi gerçekleştirme, anonimlik ve doğrudan para alışverişi olmadan veya sana para gibi çeşitli ödeme yöntemleri gösterilebilir (López-Torres vd., 2021; Philander ve MacKay, 2014). Ayrıca, teknolojik gelişmelerle birlikte, kumar oyunlarına eklenen yeni uyaran görseller ve seslendirmeler gibi birçok yenilik sayesinde geleneksel kumar oyunlarının ara yüzleri değişmiştir ve çeşitliliği artmıştır. Çevrimiçi kumar türleri bu devinim ile kumar sağlayıcıları tarafından birçok farklı şekilde sunulmaktadır. Ancak, bu artan çeşitliliği ile geleneksel kumardan ayırışırken çevrimiçi oyun türleri ile yakınlaşmaktadır. Çevrimiçi kumar ile çevrimiçi oyun türleri, merkezi faaliyetleri açısından farklılıklar gösterse de tipolojilerinde oldukça ortak özelliğe sahiptirler. Günümüzde iki endüstrinin birbirine bilinen yakınlığı ve teknolojinin yardımıyla özellikle çevrimiçi kumar ve çevrimiçi oyunlar birbiri içine yedirilerek düzenlenmesi oldukça basittir. Bu durum karşımıza oyun benzeri kumar oynama ve kumar benzeri oyun oynama kavramlarını çıkartmaktadır. İki kavram arasındaki fark oyunun amacı ve neyin ön planda olduğuna göre ayırıştırılmaktadır (Gainsbury vd., 2015).

#### ***1.1.1.1. Kumar Benzeri Oyun***

Oyun temel kurallarını baz alan ve içeriğini kumar bileşenlerinin oluşturduğu oyun türüdür. Benzer şekilde bazı oyunlar oyunun bir parçası veya rastlantısal ögesi olarak da kumar etkinliğini içerebilir. Kumar benzeri oyunlarda sıklıkla kumar oyunları ana oyuna ek olan yan oyun olarak katılımını oynayanın seçtiği mini oyun olarak sunulur. Oyunun temel amacı kumar oynamaktan oluşmasa da oyun içi etkinliklerde veya oyun içinde oyun şeklinde, slot makinesi, poker gibi kumarı tasvir eden oyunları oynayarak çoğunlukla ücretsiz biçimde gerçek ödeme sunmadan oynanan oyun etkinliğindeki ilerlemenin veya oyundan para kazanmanın bir yolu olarak oyun içi para veya ödül birimi olan: jeton, ganimet kutuları, sanal para, item, puan, yıldız gibi çeşitli kademelerde ödül elde edilebilir. Bazı oyun algoritmalarında ise oyuna devamlılığa teşvik amaçlı olarak kumar benzeri oyunlara rastlanmaktadır. Gençler arasında yaygın şekilde oynandığı bilinen bu tür, kumar oynama

bozukluğunda risk faktörlerinden biri olan erken başlangıç yaşı faktörü göz önüne alındığında gençleri kumar oynamaya teşvik etme açısından eleştirilir. Ayrıca, parasal ödüller ödemediği ve savunmasız nüfusa hitap ettiği için sistemin boşluğundan yararlanarak kumar faaliyeti olarak adlandırılmazlar (Sirola vd., 2021; Derevensky ve Gainsbury, 2016; Gainsbury vd., 2015; Ferguson vd., 2012; Ferguson, 2007).

#### **1.1.1.1.2. Oyun Benzeri Kumar**

Oyun benzeri kumar oynama, oyun formatındaki kumar faaliyeti etkinliğidir. Kumarla alakalı öğelerin veya kumarla ilişkili oyun temalarının taklit edilmesi söz konusudur. Genellikle gerçek para veya ödül içerse de değerli ödüller vermeyen elektronik oyun makinaları, sosyal video oyunları, sosyal kumarhane oyunlarını içerir. Kumar şirketlerinin sunduğu demo veya alıştırmaya oyunlar da bu kategoriye girmektedir. Ayrıca bu tür oyunlar, işletmeciler tarafından çevrimiçi kumar oynamaya yönlendirici eklentilerle kişilerin karşısına çıkarak kumara doğru göçü teşvik etmek için de geçiş olarak kullanılabilir. Kumarın oyun tasviri altında olması, beceri ögesi içermeyen bazı oyunlar için becerinin dahil olduğu illüzyonu yaratması nedeniyle bağımlılık yapıcı faktörleri artırma riski taşır (Gainsbury vd., 2015). Oyun benzeri kumar oynama çocuklar ve gençler arasında yaygındır ve parasal karşılığı olan çevrimiçi kumar oynama ve problemlili kumar oynama ile ilişkiler bulunmuştur (Sirola vd., 2021; Veselka vd., 2018; Derevensky ve Gainsbury, 2016; Forrest ve McHale, 2012; Holtgraves, 2009; Dowling vd., 2005; Gupta ve Derevensky, 1996).

#### **1.1.2. Çevrimiçi Kumar Oyunu Çeşitleri ve Sınıflandırma**

Çok sayıda kumar oyunu çeşidi bulunmaktadır. Bu çeşitlerin kategorilere ayrıştırılması için kumar katılımının değişkenlik gösterebilen tüm boyutlarıyla: kumar türleri, kumar sağlayıcısı, erişim araçları, kumar sıklığı, kumarda geçirilen süre ve kumar harcamalarını değerlendirmeyi içerir (Griffiths ve Calado, 2022). Kumar katılımında kumarbazlar üzerine bahis kurulan faaliyete dahil olabilir veya faaliyete dahil olmadan sadece üzerine yatırım yapabilir (DDK, 2014). Kumara erişim çeşitli kategorilerdeki kumar sağlayıcıları ile gerçekleşebilir. Ana kategoriler arasında: kâr amacı güden “ticari kumar sağlayıcıları”, faydalı bir amaca hizmet eden “hayır kurumları ve kâr amacı gütmeyen gruplar” ve bireysel ve özel ortam sağlayan

genellikle eğlence amaçlı ‘‘özel bireyler ve konutlar’’ bulunur. Her kategoride belirli oyun türü yaygındır, kumarın sunumu amaca ve mekâna göre farklılık gösterir (Williams vd., 2017). Kumar sağlayıcısı, devlet tarafından denetlendiğinde bu oyunlar yasal olarak oynanabilmekle birlikte yasa dışı kumar faaliyetleri de oldukça yaygındır. Türkiye’de kumar oyunlarının bir kısmını yasal olarak oynamak mümkündür (Bkz. 1.3.1.2.). Bununla birlikte tüm oyunlara, yasa dışı bahis siteleri aracılığıyla erişilebilir. Yasa dışı bahis oyunları, çevrimiçi için bir ülkeden lisans alıp diğer ülkede sanal ortamda faaliyet gösterme yoluyla veya çevrimdışı için belirli bir bahis şirketinin alt yapısını kullanarak veya şahıslar aracılığıyla olmak üzere çeşitli şekillerde faaliyet gösterir (MPİ, 2022).

Literatürde kumar oyunları için çeşitli şekillerde sınıflandırmalar karşımıza çıkar. Bunlar: oynanan mekâna, oyun materyallerine, oyun görevlerinin zorluğuna, oyunun hızına, bahis miktarına, ödeme oranlarına, kazanç getirisine, ikramiyenin dağıtımına, etiyolojik kökenlerine göre bu oyun türlerinin kategorilere ve alt gruplara ayrılmasıyla gerçekleşebilir. Kumarhane oyunları, bahis oyunları, şans oyunları, talih oyunları, piyango oyunları, kart oyunları, elektronik makine oyunları, sanal oyunlar, dürüst oyunlar, dürüst olmayan oyunlar, sürekli oyunlar, süreksiz oyunlar, ticari oyunlar, rekreasyonel oyunlar, özel oyunlar, mobil oyunlar, gibi temel kategoriler mevcuttur. İnternetin günlük yaşamımızın bir parçası olmasıyla birlikte yaygınlaşan çevrimiçi kumar oyunları literatürde sıkça simüle edilmiş kumarhane oyunları olarak karşımıza çıkar. Ancak kumarhanede oynanan kumar türlerinin temsillerine eklenen ve geliştirilen yeni teknolojik ara yüzlerin katkısıyla bu oyun türlerinin sayılarında ciddi artış meydana gelmiştir. Çevrimiçi kumarın sağladığı alternatifler bağlamında artan türler, türlerin birbirlerine benzer versiyonları, birden fazla oyunun peş peşe veya eş zamanlı oynanabilir halde olması, bahis oranları seçebilecek farklı mecraların bulunması, farklı katılım sağlayıcıları gibi artan imkanlar nedenleriyle bu sınıflandırmaları kapsamlı ve keskin sınırlara ayırmak ve dahil olma durumunu belirlemek güçleşebilir (Gooding ve Williams, 2023; Griffiths ve Calado, 2022; Browne vd., 2020; Yavuz, 2020; Williams vd., 2017; Derevensky ve Gainsbury, 2016; Gainsbury vd., 2015).

Bahsedilen nedenler ve araştırmanın amacı göz önüne alınarak bu bölümde kumarbaz tipleri ve kumar bağımlılığıyla ilişkili bulunan ‘oyunun seyri’ ve ‘oyunun dayandığı faktör’ bakımından sınıflandırmalarına ve bu kategorilere dahil olan yaygın oyun türlerine yer verilecektir (Gooding ve Williams, 2023; Griffiths ve Calado, 2022; Yeşilay, 2022; Browne vd., 2020; Yavuz, 2020; Williams vd., 2017; Gainsbury vd., 2015; DDK, 2014; Duvarcı, 1998; Walker, 1989).

#### 1.1.2.1. Şans Faktörüne Dayanan Oyunlar

Oyuncunun becerisinin ve gayretinin oyun üzerinde etkili olmadığı, oyunun tesadüfe bağlı sonuçlandığı durum yalnızca şans faktörüne dayalı oyunlar olarak tanımlanır. Literatürde şans oyunları olarak tanımlanmış oyunlar bu faktöre göre sınıflandırılmıştır. Dünyada çeşitli şans oyunları bulunur. Bu bölümde ülkemizde yaygın olarak oynanan şans oyunları yer verilecektir (Gooding ve Williams, 2023; Yavuz, 2020; Browne vd., 2020; DDK, 2014; Duvarcı, 1998).

**Piyango:** Milli Piyango, Sayısal Loto, Şans topu, On numara, Süper Loto, Süper Piyango, Banko Piyango Türkiye’de yaygın olarak oynanan çeşitli piyango türleri arasında bulunmaktadır. Bu oyunların her birinin farklı dinamikleri ve kuralları bulunsa da belirli temel özellikler; çekiliş veya numara seçimi ile belirlenmesi, periyodik aralıklarla gerçekleşmesi, katılım için yaş sınırı gerekliliği, çoğunlukla resmi kuruluşlar tarafından denetlenen oyunlar olması, rastlantısal kazanç/ikramiye elde etme, oyun sonuçlarının ön görülemezliği tüm oyunlarda ortaktır.

*Milli Piyango*, belirli tarihlerde çekilişi olan, çekiliş esnasında belli olan numaralar ile bilet numaralarının eşleşmesi durumunda farklı ikramiyeler kazanma olasılığı bulunan şans oyunu.

*Sayısal Loto*, belirli sayı aralıkları içinden seçim yapmayı gerektiren, oynayan kişinin seçimi ve çekiliş sonucu eşleştiğinde ikramiye kazanılan şans oyunu.

*Süper Loto*, sayısal lotodan farklı olarak, daha geniş sayı setinden seçim imkânı bulunur ve eşleşme durumunda daha büyük ikramiyeler kazanılır.

*Şans Topu*, ana sayı ve ek sayı setleri içinden numara seçimi yapmayı gerektiren, her iki setten çekilen numaraların eşleştiği durumda ikramiye kazanılan şans oyunu.

*On Numara*, belirli sayı aralıkları içinden 10 sayı seçmeyi gerektiren ve çekilişte çıkan numaralarla seçilen sayıların eşleştiği durumlarda farklı ikramiyeler kazanma olasılığı bulunan şans oyunu.

**Slot:** Slot oyunlarında, genellikle dönen silindirler üzerinde yer alan sembollerin kombinasyonlarına bahis yapılır. Şans faktörüne dayalı, basit ve hızlı bir oyundur. Çeşitli türleri bulunur ve çevrimiçi versiyonları video ekranları ve temalarla donatılmıştır. Sweet bonanza, Gates of olimpos, Mocimon, Book of Ra, Mega Fortune, Starlight princess, Bigger boss bonanza, Burning hot, Flaming deco, Splash, Gonzo's Quest, Pragmatic, Mahjong, Cleopatra, Crazy team, Sugar rush, Starburst yaygın olarak oynanan çevrimiçi slot türleri arasındadır.

**Rulet:** Rulet oyunları masa oyunudur ve dönen bir çark ve top ile oynanır. Şans faktörü oyun üzerinde etkilidir. Çevrimiçi versiyonu oyunun tüm özelliklerini barındırır. Avrupa Ruleti, Amerikan Ruleti, Fransız Ruleti, Canlı Krupiye Ruleti, Hızlı Rulet yaygın olarak oynanan çevrimiçi rulet türleri arasındadır.

**Diğer Bilinen Şans Oyunları:** Bu oyunlar hızlı, basit, genellikle eğlence amaçlı oynanan ve geniş erişim ağına sahip olmaları açısından paydaştır. Temel farklılıkları oyun mekaniği, oyuncu etkileşimi ve kazanç yapısı faktörlerine dayanır.

*Kazı Kazan*, ekrandaki biletin gizli kısımlarının kazanarak açılması sonucunda karşılaşılan simge veya numaralarının düzeni ve kombinasyonuna göre kazanç elde edilir.

*Yazı Tura*, atılan paranın gelen yüzeyi üzerine bahis oynanır ve %50 kazanç elde edilme olasılığı bulunur.

*Tombala*, çekilen numaralı taşlar ve kişinin sahip olduğu karttaki sayıların belirli bir düzende eşleştiği durumda kazanç elde edilir.

*Keno*, genelde 1-80 aralığında olan belirli sayı setinden seçim gerektiren ve numaraların eşleştiği durumda ikramiye kazanılan şans oyunu.

*Plinko*, bir diskin bir dizi engelden geçmesine dayanan ve çeşitli bölmeler içinden ödül kutucuğuna düştüğü takdirde kazanç elde etme imkânı bulunan şans oyunu.

*Zar, Barbut, Craps*, zar ile oynanan şans faktörüne dayalı basit bir oyunlardır. Zar tabanlı çevrimiçi çeşitli oyunlar bu kategoriye dahildir.

### 1.1.2.2. Beceri Faktörüne Dayanan Oyunlar

Sadece beceri faktörüne dayanan oyunlar oyuncunun mantık, stratejik ve analitik düşünme, problem çözme yeteneklerine göre oynanan oyunlardır. Bu türde yaygın oynanan oyunlar arasında briç, satranç, dama gibi oyunlar gelir. Kazanç getirisi her zaman kumar oynama sonucunda gerçekleşmez. Kişilerin kazanç edinimi öncelikleri arasında genellikle para yerine zihinsel becerilerini geliştirmek ve sosyal prestij bulunur (Gooding ve Williams, 2023; Yavuz, 2020; Browne vd., 2020; DDK, 2014; Duvarcı, 1998).

### 1.1.2.3. Hem Beceri Hem Şans Faktörüne Dayanan Oyunlar

Hem beceri hem de şans faktörünün etkili olduğu oyunlardır. Literatürde talih oyunları olarak da karşımıza çıkar. Oyunun sonucunun nasıl gerçekleşeceğine ilişkin tahmin yürütülebilir ve oyunda birtakım stratejiler işe yarayabilir ancak durum şans faktörü nedeniyle belirsizliğini korur. Oyunların materyalleri, kuralları, şekli ve türleri birbirinden farklı olabilir. Bu bölümde bu gruba dahil olan ve ülkemizde yaygın olarak oynanan oyun türlerine yer verilecektir (Gooding ve Williams, 2023; Yavuz, 2020; Browne vd., 2020; DDK, 2014; Duvarcı, 1998).

**Poker:** Poker oyunları çoğunlukla 52 kartlık deste ile oynanan bir kart oyunudur ve çeşitli türleri bulunur. Türlerin kendine has kuralları ve biçimleri bulunsa da temel prensipleri ortaktır. Texas Hold'em, Omaha, Seven Card Stud, Razz, Tournament Poker yaygın olarak oynanan çevrimiçi poker türleri arasındadır.

**Blackjack:** Blackjack oyunları kartlar ile oynanır. Kart değerinin 21'i aşmayacak şekilde eşitlenmesi veya yakın olması amaçlanır. Klasik Blackjack, Single Deck Blackjack, European Blackjack, Double Exposure Blackjack, Pontoon yaygın olarak oynanan çevrimiçi blackjack türleri arasındadır.

**Baccarat:** Baccarat oyunları kartlar ile oynanır. Bankacı veya oyuncunun toplam kart değerinin 9'a yakın olması amaçlanır. Basit ve hızlı bir oyundur. Çevrimiçi versiyonu geleneksel oyunun tüm özelliklerine ek yenilikler barındırır. Punto Banco, Chemin de Fer, Baccarat Banque yaygın olarak oynanan çevrimiçi baccarat türleri arasındadır.

**Spor Bahisleri:** Bahis pratiği spor etkinlikleri üzerine kuruludur. Maç ya da turnuvanın sonucu, skor, oyuncu performansına göre bahis yapılır. Çeşitli spor dalları

üzerinde bahis kurulabilir. Futbol, Tenis, Basketbol, Golf, Hokey, Kriket spor bahisleri türlerine örneklerdir.

**Yarış Bahisleri:** Bahis pratiği yarış etkinlikleri üzerine kuruludur. Yarışın galibi, sıralama ya da bitirme zamanına göre bahis yapılır. Formula-1 yarışı, At yarışı, Köpek yarışı, Motor yarışı, Misket yarışı yarış bahisleri türlerine örneklerdir.

**Sanal Bahisler:** Bahis pratiği gerçek etkinliğe dayanmayan, çeşitli bahis türlerinin simülasyonları üzerine kuruludur. Yalnızca sanal ortamda oynanır. Diğer bahis türlerinden farklı olarak hızlı ve sürekli bahis imkânı sunar.

**Canlı Bahisler:** Bahis pratiği çeşitli bahis türlerinin etkinlik esnasında canlı ve anlık oynanması üzerine kuruludur. Oyunun gidişatı doğrultusunda bahis yapma imkânı bulunur.

#### 1.1.2.4. Sürekli Oyunlar

Devamlı olarak bahis yapma olanağı tanıyan, genellikle hızlı sonuçlanan oyunlar sürekli oyunlardır. Hızlı oyun döngüsü, yüksek frekans (kısa aralıklarla sık sık bahis yapma) ve bekleme süresinin kısılalığı veya olmayışı, sürekli oyunların ortak özellikleridir. Bu özellikler yüksek pekiştirme sağlar. Rulet, elektronik kumar makineleri, slot, kâğıt oyunları gibi türler bu kategoriye dahil edilir (Gooding ve Williams, 2023; Yavuz, 2020; Browne vd., 2020; DDK, 2014; Duvarcı, 1998).

#### 1.1.2.5. Süreksiz Oyunlar

Belirli süre zarfında bahis yapma olanağı tanıyan ve genellikle sonucun belirlenmesi beklemeyi gerektiren yavaş oyunlar süreksiz oyunlardır. Düşük frekans, uzun bekleme süresi, oynanma zamanı önceden belirlenen planlı oyunlar olması süreksiz oyunların ortak özellikleridir. Oyunun yapısı pekiştirici değildir. Piyango türleri bu kategoriye dahil edilir (Gooding ve Williams, 2023; Yavuz, 2020; Browne vd., 2020; DDK, 2014; Duvarcı, 1998).

### 1.1.3. Kumar Oynayan Kişilerin Sınıflandırılması

Kumar oynayan kişiler, kumarbaz olarak tanımlanırlar. Kumarbazların tamamı bağımlı olarak adlandırılmazlar. Bununla birlikte, bazı durumlarda davranış bağımlılığa dönüşebilir. Kumarbazların sınıflandırılmasında, oynama sıklıkları, oyun alışkanlıkları ve oyuna yönelik tutumları gibi bireysel farklılıklar gösteren özellikler

yer alır. Zaman içinde kumarbazları kendi içinde belirli faktörlere göre ayırıştıran sınıflama çeşitleri ortaya çıkmıştır (bkz.: aş.). Davranış kontrolü düzeyinde: duygusal, şartlanmış, antisosyal ve dürtüsel tip. Harcanan süre, para ve erişim miktarı düzeyinde: aşırı ve normal tip. Yaşanılan sorun düzeyinde: eğlence, düşük sorun ve yüksek sorun tipi. Benzer fenomenolojik özellikler düzeyinde: patolojik, sorunlu, problemlı, aşırı, risk altında, dejenere, geçiş aşamasında, düzensiz, sosyal ve patolojik olmayan seviye. Ayrıca, internetten çevrimiçi erişim yoluyla kumar faaliyetinde bulunan kişiler çevrimiçi kumarbazlar olarak tanımlanmıştır. Gelişen kumar araştırmalarıyla birlikte tanımlanan, çeşitli kumarbaz tiplerinin kombinasyonu olarak literatürde sık karşılaşılan, her biri farklı faktörlerden etkilenen ancak benzer fenomenolojik özellikler sergileyen belirli kumarbazları, üç ayrı tipteki sınıflamaya, “sosyal” “sorunlu” ve “patolojik” bu bölümde yer verilecek olup diğer alt tipleri de bu kategoriler içerisine dahil edilecektir. Ayrıca, bu sınıflandırma kumar oynama davranışının bağımlılığa dönüşme sürecinde davranış değişikliklerinin aşamaları olarak da tanımlanır. Ancak, aşamalar arası geçişler sürekli ve mutlak değildir. Kumar oynayıcısının deneyimi kişiye özgüdür ve kumar alışkanlıkları zaman içerisinde değişim gösterebilir. Paylaşılan ortak eğilimlere göre yapılan bu sınıflandırmalar, sorunun anlaşılması, değerlendirilmesini kolaylaştırır ve bağımlılıkla mücadelede erken müdahaleler, önleme çalışmaları için avantaj sağlar (Yeşilay, 2022; Williams vd., 2017; Shaffer ve Martin, 2011; Australia, 2005; Blaszczynski ve Nower, 2002; Sharpe, 2002).

#### 1.1.3.1. Patolojik Kumar Oynama

DSM-5’e (APA, 2013) veya ICD-11’e göre (2019) Kumar Oynama Bozukluğu (KOB) tanı kriterlerini karşılayan kişiler (*Bknz.1.2.1.*): kumar bağımlıları ve patolojik kumarbazlar bu kategoriye dahildir (Sharpe, 2002).

#### 1.1.3.2. Sorunlu Kumar Oynama

Sorunlu kumarbazlar, problemlı kumarbazlar ve klinik eşğin altındaki (sub-klinik) patolojik kumarbaz tanımları bu kategoriye dahil edilir. Sorunlu kumar oynayan kişinin davranışı üzerinde kontrolü azalmıştır ve kayıplar ön görülemezdir. Problemlı kumar oynama davranışı kişinin işlevselliğinde bozulmalara yol açabilir,

bırakma girişimleri başarısızlıkla sonuçlanabilir. Kumar faaliyeti, bireysel olarak kumarbaza ve çevresindekilere doğurduğu olumsuz sonuçlar doğrultusunda zarar verebilir. Sorunlu kumar oynama davranışına eşlik eden ciddi finansal, sağlık, iş, aile ve ilişki sorunları, suç davranışları, madde kullanımı ve psikopatolojiler görülebilir. Ek olarak sorunlu kumar oynama davranışının nedenleri arasında stresi azaltma, sorunlarla baş etme vb. amaçlar bulunabilir (Neal vd., 2005; Blaszczynski ve Nower, 2002; Shaffer vd., 1999b). Kumara gösterilen fazla alaka ve ortaya çıkan sonuçlar, patolojik kumar oynamaya yakınlıkla ilişkilendirilir ve sorunlu kumar oynayan kişiler olası veya muhtemel kumarbaz veya geçiş halindeki vakalar olarak değerlendirilebilirler. Fakat, sorunlu kumar oynamanın ardından mutlaka bozukluk gelişeceğine veya bozukluğun erken döneminde olduğuna ilişkin kesin bir kanıt bulunmaz. Sorunlu kumar davranışının ardından kişide kumar oynama bozukluğu gelişebilir, aynı durum devam edebilir veya davranışta zayıflama meydana gelerek iyileşme gösterebilir. Farklı ihtimallerin bulunması ve bozukluğun gizlenme olasılığı göz önüne alındığında, ayırım yapabilmek ve sınırları belirlemek kavramın netliği açısından oldukça önemlidir (Fong vd., 2012; Shaffer vd., 1999b). Sorunlu kumar oynama davranışı, tanı ölçütlerinde bulunan kriterlerin bir kısmını karşılayan ancak kumar bozukluğu teşhisi için yeterli olmayan durumları ifade eder (Browne vd., 2020; Sharpe, 2002). Bu durumda güncel tanı ölçütlerine bakıldığında DSM-5 (APA, 2013)'e göre, 12 aylık süre zarfında birden fazla ve dörtten az olmak kaydıyla, kriterleri karşılayan kişilerin sorunlu kumar kategorisine gireceği yorumu yapılabilir (Australia, 2005).

#### 1.1.3.3. Sosyal Kumar Oynama

Rekreasyonel kumarbazlar ve sosyal kumarbazlar bu kategoriye dahil edilir. Kişi davranış üzerinde kontrol sahibidir. Genellikle düşük sıklıkta, sosyal etkinliğin bir parçası olarak veya eğlence amaçlı davranış gerçekleşir. Risk düzeyi düşüktür. Sorun yaşamadan kumar oynayan yetişkinlerin sayısı oldukça fazladır. Ayrıca, kumar oynama deneyimi yaşayanların büyük çoğunluğu, ilk kumar katılımlarından sonra bağımlılık geliştirmezler. Bu nedenle, kumar aktivitesine katılımın ilk zamanları, hiçbir sorun yaşamadan oynama ve tanı kriterlerinden hiçbirini karşılamama sosyal kumar oynama kategorisini tanımlamaktadır (Zou vd., 2017; Shaffer ve Martin, 2011).

Bu üç temel tip arasındaki farklılık kumarın, kumarbazın yaşamındaki yeri ve günlük işleyişine etkisi ile gözlenir. Literatürde ayrıca; ‘’profesyonel’’, ‘’antisosyal’’, ‘’kompulsif’’, ‘’duygusal’’ ve ‘’dürtüsel’’ gibi farklı kumarbaz tiplerinin profilleri ve özellikleri de yer alır. Bu sınıflamalar kumar etkinliğinin çeşitli yönlerini ve motivasyonları yansıtır. Bu kategoriler durum bazında yukarıda bahsedilen sınıflamaların (Bkz. 1.1.3..) içine dahil olabilmektedir. Sonuç olarak, kumarbaz türleri incelendiğinde, bireyleri kumar faaliyetlerine katılmaya iten çeşitli motivasyonları ve davranışları dikkate almak önemlidir (Yeşilay, 2022; Ashley ve Boehlke, 2012; Shaffer ve Martin, 2011; Blaszczynski ve Nower, 2002; Sharpe, 2002).

#### **1.1.4. Bağımlılık Nedir?**

Bağımlılık, gelişiminde genetik, nörobiyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin rol oynadığı ve bu faktörlerle karmaşık etkileşimleri içeren, birincil ve kronik bir hastalıktır. Fiziksel, zihinsel, çevresel ve kültürel çeşitli olumsuz etkilerine rağmen maddeye veya davranışa kompulsif devamlılık ve aşırı meşguliyetle karakterize ve tüketilen madde veya belirli bir davranış üzerindeki kontrol kaybını ifade eden bir olgudur (Gruenert, 2010). Disiplinler arası çalışmalara konu olmuş, çeşitli perspektiflerden incelenen kompleks yapıdaki kavram, genellikle ilgili literatürlerde, madde bağımlılığı ve madde-dışı bağımlılıklar şeklinde iki kategoride sınıflandırılır (Bektaş, 2018). Amerikan Psikoloji Birliği Sözlüğü (2023) tanımına göre bağımlılık ‘’alkol, madde, aktivite ve davranışlar üzerindeki fiziksel ve/veya psikolojik bağımlılık durumudur.’’ Bağımlılık öznel bir deneyimdir. Bağımlı olunan maddenin veya davranışın başlangıcına veya sürmesine katkı sunan toplumsal ve kültürel normlar, genetik, anlam arayışı, sosyal destek algısı, kişisel anlam gibi faktörler kişilerarası çeşitlilik gösterebilir (Dursun vd., 2021). Bağımlı kişiler, bireysel yaşantılarında ve sosyal ilişkilerinde fiziksel, zihinsel, sosyal, yasal ve ekonomik zorluklar yaşayabilirler (Martinelli vd., 2020). Bireylerin yaşantıları üzerindeki kontrolünün yeniden kazanımı, sağlıklı başa çıkma yollarının sağlıklı başa çıkma ile yer değiştirmesi ve bağımlı olunan madde veya davranışın ötesinde hayata ilişkin anlam ve amaç bulma için bağımlılıkta tedavi ve önleme çalışmaları geliştirilmiştir (Çevik vd., 2020). Bu çalışmalar: medikal müdahaleler, psikoterapi,

motivasyonel görüşme, destek grupları, yaşam stilinde değişiklikler gibi kombinasyonları içerir (Heather, 1998). Sonuç olarak, bağımlılık yaşam boyu devam eden ve tekrarlama riski bulunan süregelen ve tedavi edilebilen bir hastalıktır (ASAM, 2019). Bağımlılık alanında ilerlemek için en faydalı yöntem disiplinler arası, eklettik biçimde araştırma çalışmaları yapmaktır (Griffiths, 2005).

#### 1.1.4.1. Bağımlılık Türlerinde Paylaşılan Temel Bileşenler

Griffiths (2005) davranışsal bağımlılıkları da dahil ederek tüm bağımlılıkların, biyopsikososyal bir sürecin parçası olduğunu ve ortak temel bileşenlerinin olduğunu ileri sürer. Bu bileşenler: *Belirginlik/dikkat çekiciliğin (saliency)*; davranışlar, düşünceler ve duygular üzerinde hüküm sürmesi. *Mod değişikliğinin (mood modification)*; davranışı gerçekleştirme amacıyla coşku veya farklı bir duyguya neden olması. *Tolerans*; önceki etkiyi alabilmek için davranışın miktarında veya sıklığında artış meydana gelmesi. *Geri çekilme*; davranışı durdurma ve/veya azaltma çabasında olumsuz duyguların açığa çıkması. *Çatışma*; davranışının öteki ve toplum ile olumsuz etkileşim yaratması. *Nüks*; yoksunluk veya kontrol güçlüklerinin ardından eski davranış kalıplarına geri dönme.

Benzer şekilde, Marazziti ve diğerleri (2014), tüm bağımlılık türlerinin ortak bileşenlerini şu başlıklar altında toplamıştır (bkz.: aş.). *Zevk ve rahatlama (Pleasure and Relief)*: Alkol ve madde alımının veya davranışın gerçekleştirilmesinin ilk dönemleriyle sınırlıdır. Kişide hoş duygular oluşturur ve alınan veya gerçekleştirilenle, kişi ‘balayı’ aşamasındadır. Bu aşamada sorunlar inkâr edilir. *Baskınlık (Dominance)*: Maddenin veya davranışın kişinin zihninde ana düşünce olarak yer alması. Durmaksızın ve takıntılı biçimde maddeyi kullanma veya davranışı gerçekleştirme dürtüsüne karşı koyamamaya karakterizedir. *Aşerme (Craving)*: Maddeyi alımının veya davranışın gerçekleşmesinin öncesinde olumsuz duygu deneyimi ve giderek artan bir gerginlik hissi bulunur. *Duygudurum dengesizliği (Mood instability)*: Alkol ve madde alımı veya davranış aktivitesi başlangıcında görülür. Ardından, devam eden süreçte giderek genelleşir ve hayatın tüm yönlerine yayılır. *Tolerans*: Pozitif etkiyi yeniden deneyimlemek için madde miktarını veya davranışa ayrılan zamanı arttırma ihtiyacı, aksi durumda ise zamanla azalır. *Kontrol kaybı (Loss of control)*: Madde alımı veya davranışın uygulanması üzerinde giderek

artan kontrol kaybı hissi. *Yoksunluk*: Madde alımı veya davranışa ayrılan süre azaltıldığında veya durdurulduğunda yaşanan psikolojik ve fizyolojik sıkıntı. *Çatışma*: Kronik madde kullanımı veya davranışın sürmesi, çevre, aile, yakın ilişkiler, eğitim ve iş uyumunda bozulmalara neden olur. *Kalıcılık (Persistence)*: Madde kullanımının veya davranışın, giderek daha ciddi ve olumsuz sonuçlar doğurmasının açıkça bilinmesine rağmen madde alımının veya davranışın sürmesi. *Etki-Tesir*: Belirli bir süre maddeye veya davranışa ara verildikten sonra sıklıkla tekrar kullanma eğiliminin olması. *Çoklu madde uyuşturucu kullanımı ve çapraz bağımlılık*: Bağımlılıklar arasında değişimler söz konusudur. Bir bağımlılıktan öbürüne geçme ile ortaya çıkar. Birden fazla madde alımının veya birden fazla davranışın sergilenmesi veya birden fazla madde kullanımına davranışın eşlik etmesi durumlarında sıklığın yüksek olmasıdır. *Ana risk faktörlerinin benzerliği*: Dürtüsellik, heyecan arayışı, bilişsel tarzlar, yetersiz ve rahatsız edici bakım veren ile yetişme.

### **1.1.5. Davranışsal Bağımlılık Nedir?**

Davranışsal bağımlılıklar, alkol ve madde kullanım bozukluklarıyla ortak klinik özellikler taşır, benzer örüntülere ve etiyolojik faktörlere sahiptir. Bir madde tüketimi olmaksızın belirli davranışların bağımlılık yapıcı nitelikte olması ile kavramsallaştırılır. Bu davranışlar, kontrol güçlükleriyle karakterize biçimde, kalıcı bir davranış örüntüsünü, aktivitenin sıklığının veya miktarının artmasını, aktivitenin haz verici etkilerine psikolojik bağımlılık gelişmesini, kişi ve toplum nazarında zararlı etkilerle karşılaşmayı içerir (İzci vd., 2022; Çakmak ve Tamam, 2018; Yau ve Potenza, 2015; Walker, 1989). Sosyal, mesleki, fiziksel ve psikolojik açılardan kişinin işlevselliğini bozucu nitelikte olan sorunlu davranış, kritik zararlara yol açmasına rağmen, azaltılamaz ve tekrar eder. Davranışa karşı tolerans gelişir ve yoksunluk belirtileri açığa çıkar (Balogh vd., 2013). Alan yazında çalışmalara konu olmuş birçok davranışsal bağımlılık türü bulunur. Ancak, geniş bir listenin bulunması, aşırılıkla karakterize edilen yaygın davranışların patolojik kabul edilme ihtimali açısından tartışmalıdır. Bu sebeple, yalnızca semptomların varlığını değerlendirmekten kaçınılması durumu daha iyi açıklayan başka bir patoloji ihtimalini araştırmak ve takiben dışlama kriterleri kapsamında faydalanmak, davranışsal bağımlılıkların yanlış yaygınlaşmasını önlemek açısından önem arz eder. (Kardefelt-Winther vd.,

2017). Geçerli bir tedavi algoritmasının geliştirilebilmesi için, olgunun psikopatolojik, klinik ve nörobiyolojik özelliklerine ilişkin gelişmiş bilgilere, önleyici ve tedavi edici stratejilere ihtiyaç bulunmaktadır (BMYK, 2019; Marazziti vd., 2014).

#### 1.1.5.1. Davranışsal Bağımlılık Türleri

Kumar bağımlılığı, oyun bağımlılığı, internet bağımlılığı, cinsel bağımlılıklar, egzersiz bağımlılığı, çalışma bağımlılığı, yeme bağımlılığı, alışveriş bağımlılığı, sosyal medya bağımlılığı, mobil cihaz bağımlılığı, mastürbasyon bağımlılığı, plastik cerrahi bağımlılığı literatürde yer alan davranışsal bağımlılık türlerine örneklerdir ve tanımlanmış daha fazla türe rastlamak mümkündür (Santangelo vd., 2022; Bektaş, 2018; Marazziti vd., 2014; Kafka, 2010). Bununla birlikte, davranışsal bağımlılık türleri arasında yalnızca ‘‘Kumar Oynama Bozukluğu ve Oyun Oynama Bozukluğu’’ olmak üzere iki türe tanı ölçütlerinde yer verilmekte olup diğer türlerde davranışın etiolojisi, başlangıcı ve seyri konularında açık teorik bir çerçeve için hakemli değerlendirilmeye ihtiyaç bulunmaktadır (ICD-11, 2023; Çakmak ve Tamam, 2018; Kardefelt-Winther vd., 2017).

#### 1.1.6. Kumar Bağımlılığı Nedir?

Kumar bağımlılığı, bilinen bir diğer adıyla patolojik kumar oynama, tüm olumsuz çıktılarına rağmen kumar oynama güdüsüne karşı koyamamak olarak tanımlanan davranışsal bağımlılıklardan biridir. Kişide kumar oynama davranışına ilişkin ortaya çıkan dürtüyü kontrol etme güçlükleri ve aşırı isteğe karşı koymada sürekli yetersiz kalma ile açıklanır. Kumar oynama davranışın yoğunlaşması ile günlük yaşamda ve kişilerarası ilişkilerde uyum sorunları ortaya çıkar ve böylelikle bozukluk kişisel, sosyal ve mesleki işlevsellikteki bozulmalarla ilişkilendirilir. Ciddi vaka örneklerinde, dolandırıcılık, suç eylemleri, ağır mali ve ekonomik kayıplar gibi dönüşü olmayan durumlar görülebilmektedir. Klinik anlamda kumar bağımlılığı tanı ölçütleriyle belirlenmektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda, kumar oynama bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu arasında biyopsikososyal hassasiyet, tedaviye yanıt, nörobiyolojik, genetik ve bilişsel etkiler ve davranış kalıpları açısından benzerlikler bulunmuştur (Guillou-Landreat vd., 2017; Christensen vd., 2015; Marazziti vd., 2014; Clark vd., 2013).

### 1.1.6.1. Kumar Bağımlılığının Aşamaları

Kumar bağımlılığının gelişim süreci, *kazanma evresi*, *kaybetme evresi*, *çaresizlik evresi* ve *bırakma evresi* olarak olmak üzere dört aşamadan oluşmaktadır. Duygusal dalgalanmalar, kumarın merkezi rolü, uyumsuz davranış kalıpları, bilişsel çarpıtmalar ve yaşamın çeşitli yönlerinde bozulmalar ve kumar sorunun küçümsenmesi bu aşamaların ortak özelliklerinden kabul edilir. Genellikle kazanmadan bırakmaya doğru doğrusal bir ilerleme görülse de bu süreçte evreler arası geçişlilik de mümkündür. Ayrıca, bu aşamalarda davranış sonlanabilir veya kumar oynama bırakıldıktan sonra nüks ile davranışa tekrar geri dönme görülebilir. Belirli karakteristik bilişsel, duygusal ve davranışsal kalıpları barındıran bu aşamaların anlaşılması, hedefe yönelik müdahaleler ve tedavi yaklaşımları geliştirmek için oldukça önemlidir (Tekin ve Ögel, 2023; Philander ve MacKay, 2014; Leeman ve Potenza, 2012; Duvarcı, 1998; Custer, 1984).

#### 1.1.6.1.1. *Kazanma Evresi*

Kazanma evresi, kumar oynama davranışının başlangıcındaki süre zarfına tekabül eder. Oyunlar genellikle kazançla sonuçlanır. Çevrimiçi kumar oyunlarının çoğu yeni başlayanlar için promosyonlar sunar ve oyunculara yönelik kazanç algoritması da süreci destekler niteliktedir. Kumar davranışına ilişkin geliştirilen ilk olumlu deneyimlerin ardından ve harcanan zaman, emek ve miktarda artış gözlenir. Kazanımların devam ettiği durumda kişinin beklentileri iyimser ve gerçekdışı bir yönde ilerleyerek dikkatte seçicilik görülür. Bu nedenlerle bu aşama davranışı pekiştiren bir görevdedir. Kumara ilişkin çarpık bilişler, pozitif yönde duygulanım, denetimde düzensizlikler, tolerans bu evrede açığa çıkar. Bu aşamada genellikle kumar oynama nedenleri, boş zamanı değerlendirmek, gündelik stresten kaçınmak ve keyifli bir etkinlik katılımı olarak görülür. Kişinin kumara yönelik finansal kontrolü istikrarlıdır, borç alma öyküsü bu evrede bulunmaz (Tekin ve Ögel, 2023; Philander ve MacKay, 2014; Duvarcı, 1998; Custer, 1984).

#### 1.1.6.1.2. *Kaybetme Evresi*

Kaybetme evresi, büyük kayıplarla başlar. Genellikle, bir kısır döngü halinde, kumar oynama sıklığındaki artış kayıpları beraberinde getirir ve kayıplar çoğaldıkça

kumar oynama davranışı meşguliyetinde artış meydana gelir. Finansal zorlukların gelişmesinin ardından kayıpların peşine düşme davranışı bu evrede ortaya çıkar. Kayıpları telafi edebilmek için kişiler borç alma, kredi çekme ve değerli eşyaları satma gibi yollara başvurabilir. Borcu borçla kapatmak veya alınan kredi/borç ile yeniden kumar oynamak sık görülür. Sıklıkla kişilerde, durumun vehametini şans faktörüne atfededen hatalı bilişler görülür ve kayıpları gizleme, yalan söyleme ve kişinin ilişkilerinde sorunlar yaşaması olağandır (Tekin ve Ögel, 2023; Philander ve MacKay, 2014; Duvarcı, 1998; Custer, 1984).

#### **1.1.6.1.3. Çaresizlik Evresi**

Çaresizlik evresi, duygusal, sosyal ve finansal anlamda çok ciddi sorunların yaşandığı evredir *umutsuzluk evresi* ve *tükenme evresi* olarak da tanımlanır. Kumar oynama davranışının aşırı artışıyla kayıplar çoğalmıştır. Bu evre bir takım sağlık sorunları yaşama ve depresyon, kaygı ve kumar oynama bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklarla ilişkilidir ve bazı kumarbazlarda intihar girişimi eşlik eder. Kayıplarla veya oynamaya devamlılıkla ilişkili olarak suça karışma (hırsızlık, karşılıksız çek vb.) bu aşamada görülebilir. Davranışı durdurmak için kontrol yeterince kaybolmuştur. Bu evredeki patolojik kumarbazlar bağımlılığı reddedebilir veya destek ve tedavi için yeterli kaynağa sahip olmayabilir (Tekin ve Ögel, 2023; Philander ve MacKay, 2014; Duvarcı, 1998; Custer, 1984).

#### **1.1.6.1.4. Bırakma Evresi**

Bırakma evresi, *koy verme evresi* ve *vazgeçme evresi* tanımlarını kapsayan kişinin neredeyse her şeyi kaybettiği dönemdir. Kumar davranışı gelişigüze, kişi kazanma ihtimali olan oyunları da özensiz biçimde ve sürekli olarak oynamaya devam eder, davranışa bağımlılık kesin olarak gelişmiştir ve amaç yalnızca kumar oynamaktır. Kumarbaz genellikle umutsuz ve mutsuzdur, bu süreçte eşlik eden ruhsal sorunlar alevlenebilir, ve öz kıyım riski yüksektir. Kişi durumun vehametinin bilincindedir. Bağımlılıkla başa çıkmak ve bırakmak için kararı karar veren kişilerde, bu aşamada tedavi ve destek kaynaklarına ulaşmak için yardım arayışı gözlenir (Tekin ve Ögel, 2023; Philander ve MacKay, 2014; Duvarcı, 1998; Custer, 1984).

## 1.2. TANI VE SINIFLANDIRMA

### 1.2.1. Kumar Oynama Bozukluğu (KOB)

#### 1.2.1.1. DSM-5

Kumar Oynama Bozukluğu 312.31 (F63.0)

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

1. İsteddiği coşkuyu sağlayabilmek için giderek daha çok parayla kumar oynamaya gereksinir.

2. Kumar oynamayı bırakma ya da durdurma girişimleri sırasında huzursuz ya da kızan biri olur.

3. Kumar oynamayı denetim altına almak, bırakmak ya da durdurmak için, yineleyen sonuç vermeyen çabaları olmuştur.

4. Sık sık kumar oynama üzerine düşünür durur (örn. geçmişteki kumar oynama yaşantılarını yeniden yaşamayı sürekli düşünüp durma, bir sonraki girişimini engellemek ya da tasarlamak, kumar oynamak için para bulma yollarını düşünme).

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

6. Parayla kumar oynayıp yitirdikten sonra, çoğu kez, eşitlenmek için bir başka gün geri gelir (yitirdiklerinin ardından koşar).

7. Ne denli kumar oynadığını gizlemek için yalan söyler.

8. Kumar oynaması yüzünden önemli bir ilişkisini, işini, eğitim ya da iş olanağını tehlikeye atmış ya da yitirmiştir.

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

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

Varsa belirtiniz:

**Dönemsel:** Kumar oynama tanı ölçütlerinin karşılandığı birden çok dönem arasında belirtilerin yatıştığı birkaç aylık dönemlerin olması.

**Sürekli:** Yıllardır, tanı ölçütlerini karşılayan, sürekli belirtiler yaşama.

Varsa belirtiniz:

**Erken yatışma evresinde:** Daha önce kumar oynama bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, kumar oynama bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü, 12 aydan daha kısa süreli olmak üzere, en az üç aydır karşılanmamaktadır.

**Sürekli yatışma ile giden:** Daha önce kumar oynama bozukluğu için ya da daha uzun bir süredir, hiçbir zaman karşılanmamıştır.

O sıradaki ağırlığını *belirtiniz:*

**Ağır olmayan:** Dört-beş belirtinin olması.

**Orta derecede:** Altı-yedi belirtinin olması.

**Ağır:** Sekiz-dokuz belirtinin olması.”

#### 1.2.1.2. ICD-11

“6C50 Kumar Oynama Bozukluğu: Kumar oynama bozukluğu, çevrimiçi (yani internet üzerinden) veya çevrimdışı olabilen, süregelen veya tekrarlayıcı bir kumar oynama davranışı örüntüsü ile karakterizedir. Şunlarla izlenir: 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 ve 3. Olumsuz sonuçlarına rağmen kumar oynama davranışının devam etmesi veya giderek artması. Kumar oynama davranışı modeli sürekli veya epizodik ve tekrarlayan olabilir. Kumar davranışı örüntüsü, önemli bir sıkıntıya veya kişisel, ailevi, sosyal, eğitimsel, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında önemli ölçüde bozulmaya neden olur. Tanı konulabilmesi için kumar oynama davranışı ve diğer ölçütler normalde en az 12 aylık bir süre boyunca bulunmalıdır; yine de belirtiler şiddetliyse ve tüm tanı ölçütleri karşılanıyorsa, tanı için gerekli süre kısalabilir.

**Dahil Edilenler:** Kompulsif kumar oynama

**Hariç tutulanlar:** Bipolar bozukluk tip I (6A60); Bipolar bozukluk tip II (6A61); Zararlı kumar veya bahis oynama (QE21)

## **6C50.1 Kumar oynama bozukluğu, çoğunlukla çevrimiçi:**

Çoğunlukla çevrimiçi olan kumar oynama bozukluğu, genellikle internet üzerinden oynanan, süregelen veya tekrarlayıcı bir kumar oynama davranışı örüntüsü ile karakterizedir. Şunlarla izlenir:

- 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 ve
- 3.Olumsuz sonuçlarına rağmen kumar oynama davranışının devam etmesi veya giderek artması.

Davranış örüntüsü kişisel, ailevi, sosyal, eğitimsel, mesleki veya diğer önemli faaliyet alanlarında önemli bozulmalara neden olmaya yetecek derecede ciddidir.

Kumar oynama davranışı sürekli veya aralıklı ve tekrarlayıcı olabilir. Tanı konulabilmesi için kumar oynama davranışı ve diğer ölçütler normalde en az 12 aylık bir süre boyunca bulunmalıdır; yine de belirtiler şiddetliyse ve tüm tanı ölçütleri karşılanıyorsa, tanı için gerekli süre kısalabilir.

**Hariç tutulanlar:** Zararlı kumar veya bahis oynama (QE21)''

### **1.3. TARİHÇE**

#### **1.3.1. Geçmişten Bugüne Kumar**

Kumarın tanımı ve kapsamı tarihsel olaylar ve kültürel bağlamda toplumsal ve akademik çevrelerde çeşitli şekillerde değerlendirilmiştir. Toplumdan topluma, dönemden döneme farklılıklar mevcuttur. Kumar, ortaya çıkışından bu yana eğlence aktivitesinden, ticari girişime kadar varyasyonlarıyla görülür (Williams vd., 2017). Bu bölümde ulusal ve uluslararası düzeyde, kumarın başlangıcından bugüne uzanan Dünya ve Türkiye tarihine yer verilecektir.

### 1.3.1.1. Dünyada Çevrimiçi Kumar

Küresel boyutta antik çağlardan günümüze uzanan kumar kavramı insanlık tarihiyle iç içe geçmiş, toplumsal ve yapısal yönleriyle bir fenomen olarak evrimleşmiştir. Kumar oyun türleri, oyun materyalleri ve oynama davranışı açısından geniş bir tarihi yelpazeye sahiptir. Günümüzde tüm dünyada oldukça yaygın olan ve gelişimi devam eden kumara tarih boyunca devasa miktarlar harcanmıştır. Geçmişten bugüne birçok toplum ve kültürde görülmüştür ve farklı ülkelerde kumarla ilgili çeşitli yasal düzenleme örnekleri, toplumun bakışı, oyun çeşitliliği gibi değişiklikler meydana gelmiştir. Kumar, tarihsel gelişimi boyunca yasal ve yasa dışı olarak çeşitli amaçlara hizmet etmiştir ve günümüze uzanan yolculuğunda turizm ve eğlence endüstrisinde bir sektör olarak yerini almıştır.

M.Ö yazılı kaynakların bulunmadığı antik çağlarda, yapılan arkeolojik kazılar sonucunda rastlanan, kemikler, kafa tası ve zar benzeri yapıların kullanım alanları ve mağaralara çizilen resimlerle yapılan deşifrelerin sonucunda kumar oynamak amaçlı olduğuna ilişkin uzmanların çıkarımları bulunmaktadır. Tarihte ilerleyen yüzyıllarda, Antik Mısır'da kumarhane olarak kullanılan yerlere rastlanmış ve mezarlıklarda pul, tabla ve zar gibi materyaller bulunmuştur. Benzer şekilde, Antik Yunan ve Roma İmparatorluğu dönemlerinde de aleni ve gizli olarak çok sayıda kumarhane olduğu bilinmektedir. Bir varlık koyarak oynama örneklerine bakıldığında, eski çağlarda bazı kavimlerin hayvan ve mülklerini, Amerika yerlilerinde kölelik karşılığında ve Roma'da askerlerin kıyafet ve altın gibi değerli eşyalarını ortaya koyarak kumar oynadığına ilişkin kanıtlar bulunur. Ek olarak, Çin'de kullanıldığı keşfedilen keno fişleri birçok araştırmacı tarafından ilk oyun kartlarının ortaya çıktığı kabulünü taşır. Bu ilk bilgiler, tarih içinde şekillenen kumar oynama biçimleri, oyun materyalleri ve çağ ile beraber gelişen topluma sirayet eden faktörleri anlamayı kolaylaştırıcıdır. Kumarhane faaliyeti ve kumar oyun türlerine orta çağdan günümüze kadar gelen kısa tarihi gelişimine bakıldığında, orta çağa tekabül eden süre zarfında, Çin'den diğer kıtalara ulaşan kâğıt oyunlarının meydana gelişi 12.yy'a dayanır. Kumarhane faaliyetinin devlet tarafınca desteklenen en eski kayıtları ise günümüz Almanya'sındaki 1378'de varlık gösteren casinolardır. Yeni çağa gelindiğinde, 16.yy Elizabeth Britanyası'nda çok sayıda kumarhaneye rastlanır ve devlet gelir kaynakları arasında bulunan ilk patentli piyango 1566 yılında hayata geçmiştir. Bilinen eski

kumar evleri 17.yy İtalya'sında görülür. Günümüzde sıkça kullanımı olan ve akla kumarhane veya kumarhane oyunlarının geldiği casino kelimesinin kökeni de bu zamanlara dayanır. İtalyanca ev, yazlık anlamlarına gelen "casa" zevk için inşa edilen ev manasına da gelir ve "Casino" İtalyanca'dan türemiş olup kumar oynanan, keyifli faaliyetler yapılan, içki içilen yer anlamlarına gelmektedir. Yine, günümüz İngiltere'si Büyük Britanya'da 18.yy'da ilk jokey kulübü kurularak at yarışlarının başladığı, yüzyılın başlarında rulet oyununun başlaması ile diğer ülkelere de buradan yayıldığı ve yüzyılın sonlarına doğru Amerikan Bağımsızlık Savaşı esnasında ülkeye mali destek olması amacıyla piyangolar düzenlendiği bilgisi kayıtlarda yer alır. 19.yy geldiğinde Fransa'da Napolyon döneminde çok sayıda kumarhane göze çarpar. Aynı yüzyılda, Belçika'da devam eden yaygın kumar faaliyetlerine, oğlunun sorunlu kumar alışkanlığı sebebiyle II. Leopold tarafından yasaklanmış ve son verilmiştir. 19. yy 'da genel anlamda kumar Avrupa'da resmi ve gayri resmi olarak ve ABD'de 1895'te geliştirilen ilk slot makinası ile hızla yaygınlaşmıştır. Yine 19.yy Rusya topraklarında, Rus Çarlığı döneminde kumar faaliyetleri devam etmiştir. 20. Yüzyılda dünya genelinde sanayi devriminin de etkisiyle, köyden kente doğru göçler artmış ve kumara ilişkin gelişen olumsuz toplumsal normlar şekillenmiş ve kumarın daha çok eğlenceli bir aktivite olduğu görüşü benimsenmiştir. 20.yy'da ülkeler arasında çeşitli kabul edilebilirlik tutumları ve yasal düzenlemeler bulunur. Ayrıca ülkelerin durumları kompleks yapıda çok çeşitli faktörlerden etkilenmiş olup yıllar içerisinde politik, yasal ve sosyal anlamlar değişiklikler göstermiştir. Örneğin, Nazilerin iktidara gelişiyle Hitler Almanya ve kendi buyruğundaki ülkelerde kumarhaneler yasaklanmıştır. Avusturya'da 1920'lerde başlayan kumar işletmeleri yine Hitler döneminde yasaklanmıştır. Devamında, 1950'lerde Almanya'da kumarhaneler yeniden faaliyete geçmiştir. Rusya'da komünist rejimle birlikte 1930'da yasaklanan kumarhaneler 1989'da Moskova'daki ilk yasal kumarhane açılana kadar kapalı kalmıştır. Ancak bu yasak döneminde de illegal kumarhanelerin olduğu bilinir. Benzer şekilde kumarın yasal statüde yer aldığı Fransa'da 1988'de çıkarılan kanunla slot makineleri yasaklanmış olup bu yasağa karşı ciddi bir uyum görülmemiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde durum diğer ülkelere göre daha farklıdır. Ülkelerin belirli şehirleri ve bölgelerinde başlayan kumar faaliyetleri ABD'deki eyaletler üzerinde gözlemlenir. Kumarın yayılması ve yasallaşması belirli eyaletlerde başlamış ve devam etmiştir. İlk

olarak birkaç kırsal eyalette faaliyet gösteren kumarhaneler ilk kez 1931 yılında Nevada eyaletinde yasallaşmış ve takip eden yıllarda Las Vegas ve Reno eyaletlerinde de yasal faaliyetler başlamıştır. O yıllardan bugüne gelişen kumar endüstrisiyle 1978’de kurulan Atlantic City (New Jersey) günümüzde kumar kenti denince akla gelen Las Vegas’tan sonra ikinci sırada yer alır. Ayrıca, çevrimiçi olarak kumarın varlığı, telefonlar üzerinden bahislerin iletimi ile 20.yy başlarında ve internet üzerinden kumar oynama ve bahislerin iletimi aynı yüz yılın sonlarında başlamıştır (Williams vd., 2017). 21. Yüzyıla gelindiğinde ise kumar kavramı artık disiplinlerarası hukuki, toplumsal, tıbbi ve psikolojik gibi bağlamlarda bilimsel perspektifle dikkatlice incelenen ve daha iyi anlaşılan bir kavram olarak karşımıza çıkar. Ülkelerdeki yasal düzenlemeler ve yaptırımlar da bu gelişmelerle halen evrimleşmeye devam etmektedir. Ayrıca, internetin yaşantımıza girmesiyle birlikte ortaya çıkan henüz güncel bir tarihi olan çevrimiçi kumar kavramı, kumarı sınırları yok eden küresel bir çerçevede tartışılır hale getirmiştir. Yasa dışı bahis kavramı bu çerçevenin en büyük sorunlarından biridir. Güncel haliyle ülkeler arasında yasal düzenlemelerde farklılıklar mevcuttur. Bazı ülkelerde kumar yasarken bazı ülkelerde kumar her boyutu ve şekli ile yasaklanmıştır. Bununla birlikte, bazı ülkelerde kumara erişim konusunda kısmi sınırlılıklar getirilmektedir. Yalnızca ülke vatandaşlarına yasak olan ülke sınırlarındaki kumarhaneler veya belirli yaşa ve belirli kumar türüne getirilen yasaklar veya sadece belirli kurumlarda oynamak gibi durumlar bu kısmi kısıtlamalara örnek olarak gösterilebilir (Yeşilay, 2022; DDK, 2014; Duvarcı, 1998).

### 1.3.1.2. Türkiye’de Çevrimiçi Kumar

Kumarın Türkiye’deki tarihine bakıldığında, ülkenin dini, kültürel, sosyal ve hukuki değişimleriyle yakından ilişkili olduğu görülür. Her döneme özgü olarak mevcut toplumsal normlar, hükümet politikaları, ekonomik değişiklikler, politik koşullar ve yaygın dini inançlar kavramın algılanış biçimini, yaygınlığını ve yasal düzenlemeleri şekillendirmiştir (Aydın, 2021; Babayigit, 2018). Her çağda disiplinlerarası bir konu olarak karşılaşılan kumar kavramının Türkiye topraklarındaki tarihi de bu çerçevede ele alınacaktır.

Türkiye’de kumarın tarihine Osmanlı’dan Cumhuriyet Dönemine ana hatlarıyla bakacak olursak: İslam dininin hüküm sürdüğü Osmanlı İmparatorluğu’nda

kumar faaliyeti toplumsal anlamda hoş karşılanmamakla birlikte genellikle ahlaki ve dini gerekçelerle hukuki düzlemde yasaklanmış veya sıkı şekilde kontrol etmiştir. Bununla birlikte, Osmanlı'da illegal olarak kumar oyunlarının oynandığı bilinmekte olup, ulaşılan en eski yazılı kaynak 18.yy sonlarına tekabül eden sefaretnamedir. Ek olarak, II. Abdülhamit döneminde kumar sayılan oyunlara yasak getirildiği bilinmektedir (DDK, 2014). Dahası, İmpatorluğun özellikle son dönemlerinde kumar oyunlarına, oynatanlara veya oynayıcılara ilişkin yasal düzenlemelerde değişiklikler görülmüştür. Bunlar: ikincil olarak tiyatroya gelen izleyici sayısını arttırma, gayrimüslim vatandaşlardan gelir elde etme, sosyalleşme, imar, yardım kuruluşlarına bağışa katkı, mezat eşyalarını elden çıkarma gibi çeşitli amaçlarla farklı isimlere sahip organize edilen piyango oyunları üzerinedir. Ayrıca yine aynı dönemlerde toplumda ve yönetimde her ne kadar kumara bakış olumsuz olsa da ekonomik zayıflamanın bir sonucu olarak da piyango satışı yapılmış ve geliri ülkeye katkı için kullanılmıştır. Benzer şekilde, dönemler içerisinde savaşlar gibi toplumu ve ülkeyi ekonomik ve sosyal anlamda sıkıntıya sürükleyen durumların varlığında, olağan akışta sorun olarak kabul edilen kumar oynama davranışına ilişkin bakışta değişiklikler meydana gelmiştir. Ülkenin geçirdiği zorlu koşullar içerisinde kumara ilişkin yasal tedbirler uygulanmaya çalışılsa da kumarın yaygınlaştığına ve denetimde güçlükler yaşandığına ve takiben düzenlemeler yapıldığına ilişkin veriler bulunmaktadır. Bu duruma I. Dünya Savaşı sırasında yaşanan Osmanlı toplumunda kumar, alkol, sefahat ve fuhuş gibi alışkanlıklar yaygınlaşması örnek olarak gösterilebilir. Yaşanan bu durumlar karşısında Osmanlı'da kumarı önlemeye ilişkin çeşitli hukuki ve inzibati tedbirler alınsa da artışın tedbirlerin yanı sıra sosyal ve ekonomik faktörlerden de kolektif biçimde etkilenmesi nedeniyle kumar tamamen önlenememiş ve köklü bir çözüm bulunamamıştır. Kısacası, tüm bu yasaklar karşısında bile kumar hep mevcudiyetini korumuştur ve özellikle 19.yüzyılın ikinci yarısında kumarın yaygınlığı ve olumsuz sonuçları artmıştır (Şahin, 2019).

Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşuyla beraber girilen modernleşme sürecinde kumar kavramının da içerisine dahil olduğu sosyal ve hukuki anlamda birçok değişiklik meydana gelerek, Cumhuriyetin ilanından üç yıl sonra ceza kanununda kumar suç olarak düzenlenmiştir. Öte yandan, kuruluşun ilk zamanlarında Osmanlı döneminde kumarın da artışına sebebiyet veren sosyal ve ekonomik koşulların

iyileştirilememesi nedeniyle ülkeye gelir katkısı sunmak amacıyla Cumhuriyet'in ilk yıllarında çeşitli piyangolar düzenlenmiştir. Benzer sebeplerle, 1983'e kadar yasal faaliyeti bulunmayan kumarhaneler, turizme teşvik ve milli ekonomiye katkı amacıyla 1983-1997 yılları arasında Türkiye'de serbest olarak işletilmiştir. Devlet gözetiminde olan bu kumarhaneler ülkenin turizm gelirlerine önemli katkı sağlamıştır. Bu yirmi yıllık süre zarfında kumarın yükselişi ve düşüşü gözle görülür biçimde izlenmiştir. 1998 yılına gelindiğinde, toplumda kumar alışkanlığının kökleşmesi, kumarın oynayan kişileri ve çevresine ciddi zararlara uğratması doğrultusunda sosyal ve politik tepkiler artmıştır. Ardından, çıkan yasalarla birlikte kumarhanelerin faaliyetine son verilerek tamamı kapatılmıştır. Ek olarak, Osmanlı'da 1870 yılında başlayan ilk resmi piyango uygulamasından beri ülke sınırlarında devam eden piyango oyunları Türkiye Cumhuriyeti'nde 2019'da özelleştirilene dek kurumlarda değişiklik olsa da devlet tekelinde faaliyeti sürmüştür. Türkiye'de halen yasal olarak piyango, şans oyunları, spor toto, iddaa gibi oyunlar oynanabilmektedir. Ancak, devlet tekeli dışında gerçekleşen kumar fiili çeşitli yaptırımlara tabii tutulmaktadır (Şahin, 2019). Türkiye'de güncel olarak kumarhanelerin yasal olmamasıyla birlikte, çevrimdışı ve çevrimiçi seçenekleriyle *Milli Piyango İdaresi, Türkiye Jokey Kulübü ve Spor Toto Teşkilat Başkanlığı* olmak üzere üç kurum idaresinde ve devlet kontrolünde yasal olarak şans, bahis, talih oyunları organize edilmektedir (MPİ, 2022; Aydın, 2021; Şahin, 2019; Babayiğit, 2018; DDK, 2014). Milli Piyango İdaresi tarafından iki kategoride: ‘‘Karşılığı Nakit Olan Şans Oyunları; Milli Piyango, Hemen Kazan, Sayısal Loto, Süper Loto, Şans Topu, On Numara ve *Karşılığı Nakit Olmayan Oyunlar (KNO)*; Eşya Piyangosu (Çekilişli Oyun), Puan Kazan (Dijital Oyun-Kazı Kazan), Süper Tombala (Dijital Oyun-Çekilişli), Diğer Dijital Oyunlar, Zeplin, Mayın Tarlası ve Plinko’’, yürütülen ve düzenlenen oyunlardır. Ayrıca KNO Oyunları yine Milli Piyango idaresinde, Piyango Sepeti, Hepsi Burada, Misli, Nesine, Bilyoner, Trendyol, Vodafone ve Oley kurumlarında dijital ortamda sanal olarak, oynanabilmektedir

Özetle, Türkiye'de kumarın tarihi gelişiminde dini ve kültürel etkilerin, yasal ve politik düzenlemeler ile hep etkileşim halinde olduğu gözlenmektedir. Bununla birlikte, tüm dünyada görüldüğü gibi ülkemizde de internetin erişilebilir, kolay ve hızlı olması gibi imkanlarla çevrimiçi kumara katılım artmıştır (MPİ, 2022; Aydın, 2021; Şahin, 2019; Babayiğit, 2018; DDK, 2014).

### 1.3.2. Geçmişten Bugüne Kumar Bağımlılığı

Bağımlılık olgusuna, yüzyıllar içerisinde bakışta ve yaklaşımda birçok değişiklik meydana gelmiş olsa da kavram insanlık tarihi kadar eskidir (Brenner ve Brenner, 1990). Günümüzde toplumsal, bilimsel, kültürel ve teknolojik gelişmelerin katkısıyla bağımlılığın yapısı daha iyi anlaşılmıştır. Ek olarak, yaygınlığı ciddi ve giderek büyüyen bir tehlike arz ederek küresel düzeydeki hastalık yükünde büyük ölçüde pay edinmesi nedeniyle halk sağlığı üzerindeki etkisine dair toplumsal anlamda farkındalıkta artış yaşanmıştır (WHO, 2024; Yeşilay, 2022; WHO, 2017; Black vd., 2013; Wood ve Williams, 2011). Bununla birlikte, geçmişten bugüne yeni bağımlılık türleri de literatüre geçmiştir. Günümüzde alkol ve madde bağımlılığı kadar aşırı kumar oynama, yeme, alışveriş yapma, oyun oynama gibi yineleyici eylemleri içeren davranışsal bağımlılıklar da göz önündedir (Demetrovics ve Griffiths, 2012). Kumar oynama bozukluğu ve oyun oynama bozukluğunun temel tıbbi ölçüt kitaplarında sınıflandırılması, davranışsal bağımlılıkların tanınmasında atılmış önemli adımlardandır (Clark, 2014). Bununla birlikte, halen nelerin davranışsal bağımlılıklar başlığı altında değerlendirileceği konusu tartışmalıdır (Kótyuk vd., 2020) ve psikolojik ve psikiyatrik açıdan nispeten güncel bir araştırma konusu olarak karşımıza çıkar (Bektaş, 2018). Ayrıca, onlarca yıldır bağımlılık genellikle alkol ve madde olarak tanımlandığı için gelişme süreci ve zararları davranışsal bağımlılıklara nazaran daha iyi bilinmektedir. Davranışsal bağımlılıklar içerisinde kumar oynama bozukluğunun tarihi nispeten daha geriye dayansa da davranışsal bağımlılıkların güncel araştırma alanlarına dahil olması nedeniyle tehlikenin boyutunu fark etmek halen güç olabilir (Griffiths, 2018). Dahası, günlük hayatımızın bir parçası olan televizyon, sosyal medya, internet siteleri gibi ağlarda da nesnesi alkol veya madde olmayan aktivitelerin örneğin yemek yeme, tüketim mallarını sipariş etme, cinsellik, video oyunları gibi davranışsal bağımlılıkların zemininde bulunan durumların olumlu tasvirleri, kolay erişimi ve teşviki daha pozitif yaklaşımlara sebep olarak ve farkındalıktan uzaklaştırabilir (Alexander, 2010).

Tarihsel olarak kumarın “bağımlılık” boyutuna bakıldığında: dünyada geçmişten bugüne çağlar boyunca var olan sosyo-politik ve ekonomik değişimlerden ve gelişmelerden etkilenen ve böylelikle küresel olarak yıllar içinde evrimleşen kumar

kavramına paralel olarak içinden doğduğu görülmektedir. Kısaca, tarih boyunca kumar oynama davranışını üzerindeki bu uğraş kumarla alakalı sorunları da beraberinde getirmiştir. Bu kısımda güncel olarak ‘‘Kumar Oynama Bozukluğu’’ olarak adlandırılan, ancak bahsi geçen dönemler özelinde, semptom düzeyinde rastlanmış olan kumar bağımlılığı kavramında çeşitli tarihsel olaylara yer verilecektir.

Kumar ilk kez 20. yüzyılda uluslararası tanı ölçütlerinde bağımlılık çerçevesinde yer almıştır ve bu yılları takip eden günümüze kadarki süreçte, yapılan çalışmalar ivme kazanarak bilimsel zemini sağlamış ve günümüzdeki daha anlaşılır sınıflandırmalar ortaya çıkmıştır. Ancak, 20. yüzyıla kadarki süre zarfında, kumar oynama davranışının bağımlılık kategorisine dahil olup olmadığını anlamak için yapılan kazı çalışmaları, edebi eserler, mevcut yasalar, savaşlar, teknolojik gelişmeler gibi çeşitli kaynaklar vasıtasıyla birtakım verilere ulaşmak mümkün olmaktadır. Bu erişilen bilgilere ise, ancak olumsuz sonuçların veya belirli semptomların bugünün tanımına uygun olması durumunda geçmişte de var olduğuna ilişkin belirli varsayımlar yapılmıştır. Hint destanında (Mahabharata) yer alan kralın kontrolsüz kumar oynaması yüzünden ruhsal tükenişi, servetini, hükümdarlığını, ailesini yitirmesi, Rus yazar Dostoyevski'nin 17. yüzyılda kumarbaz isimli kitabının kumar evrelerine değinerek bağımlılık sürecini detaylıca betimlemesi, Freud'un 1928'de yazmış olduğu 'Dostoyevski ve Parricide' de kumar davranışının kompulsif devamlılığı, durdurulamaması, nüks etmesi, yaşanan huzursuzluk ve kayıpların kazanç ile ilgili olmadığı ve kumara ilişkin gelişmiş bağımlılık tanımına oldukça benzer bir analizi bulunması tarihteki bu durumlara örnek olarak gösterilebilir. Kumar bağımlılığında tarihsel sürece kısaca bakıldığında, geçmişte daha çok irade ve ahlakla ilişkilendirilen kumar sorunları yıllar içerisinde bir patoloji olarak kabul görmüş ve bu bağlamda disiplinlerarası çalışmalarla, kavramın tanımı, gelişen farkındalık ve tedavi süreçleri bugünkü gelişimine ulaşmıştır (DDK, 2014; Ashley ve Boehlke, 2012; Duvarcı, 1998; Brenner ve Brenner, 1990).

#### 1.3.2.1. Geçmişten Bugüne Tanı ve Sınıflandırma

DSM-I (APA 1952) ve DSM-II (APA 1968) sürümlerinde kumar bozukluğu için spesifik kriterler bulunmamaktadır. Patolojik kumar ilk kez 1977'de ICD-9'un (WHO, 1977) yayınlanmasıyla resmi teşhis terminolojisine dahil edilmiştir. Kumar

oynama bozukluğu, DSM sürümleri arasında ilk kez DSM-III'te (APA 1980) bir psikiyatrik bozukluk olarak karşımıza çıkar. DSM-III'te (APA 1980) patolojik kumar tanısının konulabilmesi için kumarın hukuki ve mali sonuçlarına odaklanan yedi belirtiden üçünün sağlanması gerekir. DSM-III-R'deki (APA, 1987) patolojik kumar tanısı, madde bağımlılığı tanı kriterlerine benzemektedir ve dokuz semptomdan dördünün sağlanmasını gerektirmektedir. Patolojik kumar olarak adlandırılan ve DSM-III'te (APA 1980) ve DSM-IV'te (APA, 1994) dürtü kontrol bozukluğu olarak sınıflandırılan kumar bozukluğu DSM-IV'te (APA, 1994) ise başka yerde sınıflandırılmamış dürtü kontrol bozukluğu çatısındadır. Ayrıca, DSM-IV'te (APA, 1994) patolojik kumar tanısı koymak için 10 semptomdan beşinin sağlanması gerekir, bu semptomların altısı DSM-III-R'ye (APA, 1987) aktarılmıştır, üçü DSM-III'ten (APA 1980) geri getirilmiştir ve bir semptom yenidir. DSM-5'te (APA, 2013) ise bağımlılık bozukluğu olarak yeniden sınıflandırılarak madde ile ilişki olmayan bozukluklar çatısında yer alan tek davranışsal bağımlılıktır (Nautiyal vd., 2017; Christensen vd., 2015; Slutske vd., 2011).

#### 1.4. ÇEVİRİMİÇİ KUMAR BAĞIMLILIĞININ ETİYOLOJİSİ

Çevrimiçi kumar bağımlılığının etiyojisini incelerken tüm bağımlılık türlerinin temel ve paylaşılan dinamiklerinin ve ayrışan taraflarının anlaşılması kökenlerin karmaşıklığı, nedenlerin genişliği ve bağımlılıkların geçişli olması nedeniyle önemlidir ve tedavi ve önleme çalışmalarına katkı sunar (Leeman ve Potenza, 2012). Ayrıca, çevrimiçi ve çevrimdışı kumar bağımlılığı arasında etiyojik kökenler oldukça benzer olsa da bazı yapısal unsurlarda farklılık gösterirler. Kumar bağımlılığının etiyojisi, ilişkili faktörlere ve bağımlılığın gelişimine odaklanır. Yapılan çalışmalarda kumar genetik, nörobiyolojik, psikolojik ve çevresel unsurlarla ilişkilendirilmiştir. Benzer şekilde, tarih boyunca bilim insanlarının, insanların neden kumar oynadığına ilişkin anlam arayışı sonucunda kumara ilişkin kuramlar ve teorik yaklaşımlar ortaya çıkmıştır. Kumara ilişkin teorik açıklamalar evrimsel, ekonomik, rekreasyonel, psikolojik ve sosyolojik perspektifleri kapsamaktadır (Wildman, 1998). Sonuç olarak, çeşitli faktörlerin kombinasyonlarının neden olduğu kumar bağımlılığında etiyojinin iyi anlaşılabilmesi için kapsamlı biyopsikososyal yaklaşım (Sharpe, 2002) oldukça önemlidir (Tabri vd., 2020; Grubbs ve Rosansky, 2020; Nower

ve Blaszczynski, 2017; Ciccarelli vd., 2017; Leino vd., 2016; Slutske vd., 2013; Black vd., 2013; Shaffer ve Martin, 2011; Neighbors vd., 2002).

#### **1.4.1. Genetik Faktörler**

Genetik faktörler hem madde kullanımına hem de bağımlılık yaratan davranışlara katkıda bulunur ve çoklu bağımlılık davranışları arasında ortak genetik temeller vardır (Vereczkei vd., 2022). Kumar oynama bozukluğu (KOB) ve alkol kötüye kullanımı için ortak genetik risk faktörleri bulunmuştur (Slutske vd., 2010). Cinsiyet açısından bakıldığında, erkeklerde patolojik kumar oynama ve alkol bağımlılığı konusunda ortak bir genetik hassasiyet olduğu (Slutske vd., 2000) ve kadınlar da benzer şekilde KOB'a yatkınlıktaki çeşitliliğe katkıda bulunan bu genlerin örtüştüğü görülmüştür (Slutske vd., 2010). Benzer şekilde yapılan ikiz çalışmasında, KOB ve alkol kullanım bozukluğunda paylaşılan genetik özelliklere bakıldığında erkeklerde kadınlara göre anlamlı derecede daha büyük bir genetik korelasyon bulunmuştur. Kumar oynama bozukluğu ile maddeyle ilişkili olmayan bozukluklar arasındaki genetik örtüşme konusunda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır (Slutske vd., 2013). Ayrıca, ikizlerle yapılan araştırmalarda, KOB'a katkıda bulunan faktörler incelendiğinde, genetik faktörlerin çevresel faktörlerden daha fazla katkı sağladığı görülmüştür (Nautiyal vd., 2017). Dopamin (DA) aktarımıyla ilişkili genetik polimorfizmlerin patolojik kumar oynamayla ilişkisi (Lobo vd., 2010; Comings vd., 1996) ve patolojik kumarbazlarda DA (DRD2) lokusunun D2 reseptöründe A1 alelinde artış gözlenmesi bu durumun kanıtlarındandır (Comings, 1998). Yapılan ikiz çalışmalarında, sorunlu kumar kriterlerinin %35 ila %54 aralığında alkol kullanım bozukluğuyla paylaşılan kalıtsallıkla ilişkilendirilmiştir. Ayrıca, kumar bağımlılığına komorbid diğer madde kullanım bozukluklarının önemli genetik katkıları bulunmaktadır. Benzer şekilde, obsesif kompulsif ve KOB arasında ortak genetik varyans gözlenmiştir (Grant ve Chamberlain, 2020; Slutske vd., 2013).

#### **1.4.2. Nörobiyolojik Faktörler**

Bağımlılık, temelde üç ayrı ancak etkileşimli sinir sistemleri arasındaki dengesizliğin ürünü olarak açıklanabilir. Bunlar: *amigdala-striatum*; otomatiklik, alışılmışlık, uyarıcı davranışa teşvik, dürtüsellik; *prefrontal korteks*; karar verme,

davranışın gelecek sonuçlarını tahmin etme, kontrol; *insula*; bilinçli duygu, belirsiz risk alma ve karar verme süreçleri ile ilişkilendirilen sinir sistemleridir (Noël vd., 2013). Yürütülen nöro-görüntüleme çalışmalarında alkol ve madde kullanım bozukluklarında ve davranışsal bağımlılıklarda benzer şekilde görülen; prefrontal korteks, nukleus accumbens, ventral tegmental alan, amigdala ve hipokampus gibi kortikal ve subkortikal alanların etkilenmesi ve çeşitli sinir mekanizmalarının aktifleşmesi ortak bir nörobiyolojik düzeneğin paylaşıldığının göstergelerindedir. (İzci vd., 2022; Balogh vd., 2013; Park vd., 2010). Kumar bağımlılığı özelinde literatürdeki araştırmalar nispeten güncel olsa da biyokimyasal, radyolojik ve genetik özellikler bakımından, madde kullanım bozuklukları ile kuvvetli ilişkiler bulunmuştur (İzci vd., 2022). Bu sebeplerle, bu bölümde faktörlerin karşılaştırmalı biçimde ele alınmasında fayda görülmektedir. Madde kullanım bozuklukları ve kumar oynama bozukluğu, ventromedial prefrontal korteks ve striatum dahil olmak üzere beyin bölgelerindeki aktivasyon ve dopaminerjik ve serotonerjik nörotransmitter sistemlerini içeren işlev bozuklukları bakımından benzerlik gösterir. Nörobilişsel görevlerde düşük performans gösterme; dürtüsel seçim yapma ve yanıt verme eğilimi ve kompulsif özellikler taşıma; hedefler ve ödülle olan ilişki azaldıkça yanıt ve eylem ısrarında artış patolojik kumar ve bağımlılıkların paylaşılan ortak özelliklerdir (Leeman ve Potenza, 2012). Ancak, kumara ilişkin kayıp ve kazanç ihtimalinin değişkenlik göstermesi ile ödül beklentisi arasında tutarsızlıklar mevcuttur. Buna karşın, madde alımındaki toksikasyon ve maddenin ödüllendirici etkisi kesinlik gösterir. Böylelikle, bu iki temel fark patolojik kumar ve madde kullanım bozukluklarını ayırıştırır (Verdejo-Garcia vd., 2008). Dahası, KOB'da nöropsikolojik bozulmalar gözlenirse de madde kullanım bozukluklarına oranla daha az tutarlılık gösterir. Bu durumla ilgili açıklamalar, psikoaktif maddelerin türüne, kullanım dozuna, kişiler arası yoksunluk belirtileri farklılıkların katkısıyla etkileri akut, kronik ve kalıcı olarak bozulmalar açığa çıkmasıdır. Bu anlamda yapılan karşılaştırmaların geçerli ölçümler olabilmesi için boylamsal veriler benzer ve farklılıkların belirlenmesi için hedefe yönelik olacaktır (Grant ve Chamberlain, 2020). KOB'un patofizyolojisi tam anlamıyla bilinmese de alanyazında türlü fenotiplerin varlığına ilişkin ortak fikirler bulunur. Bunlar, artmış dürtüsellik, riskli kararlar alma, duyusal arayış, kompulsiflik, artmış ödül duyarlılığı ve bilişsel çarpıtmaların varlığıdır (Holst vd., 2010; Blaszczyński, 1999).

### *Nöro-görüntüleme çalışmaları*

Patolojik kumara özgü beynin farklı kısımlarında ödül işleme ve karar verme görevleri sırasında fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) ile striatum, medial prefrontal korteks, amigdala ve insula olmak üzere sinir devresindeki sabit sapsmalar ve frontal lob fonksiyonlarında tahrip ve özellikle frontal ve striatal bölgelerde işlev bozuklukları tespit edilmiştir (Ren vd., 2017; Chase ve Clark, 2010; Reuter vd., 2005; Cavedini vd., 2002). Ek olarak, patolojik kumarla ilişkili nöro-görüntüleme çalışmalarında: ceza duyarlılığının daha düşük olduğu (De Ruiter vd., 2009); artan işaret tepkisi ve kumar ipuçlarına karşı dikkat yanlılığı (Zack ve Poulos, 2007); kumarla ilişkili uyarılara karşı beyin aktivasyonunda artış (Crockford vd., 2005); dürtüsel düzenleme eksiklikleri ile karakterize ilgisiz bilgileri filtrelemede ve devam eden yanıtları engellemede zorluk yaşama; karar verme ve yürütücü işlevlerde farklılaşmalar, yüksek dürtüsellik görülmüş ve kişilik özellikleriyle ilişkiye bakıldığında; yenilik arayışı, zarardan kaçınma, düşük öz denetim ve işbirliği düzeyleri (Forbush vd., 2008; Alessi ve Petry, 2003) rapor edilmiştir (van Holst vd., 2010). KOB'un gelişmesinde ventral tegmental-orbitofrontal korteksin ve çeşitli nörotransmitterlerin katılımı, noradrenalin, serotonin, glutamat, dopamin ve endorfinler, öngörücü risk faktörlerinden kabul edilir (van Holst vd., 2010; Hyman, 2007).

*Patolojik kumar oynama ile ilgili spesifik olarak beyin bölgelerine bakıldığında: **Striatumta**, kumar oynamaya karşı motivasyonel dürtüler ve ödül duyarlılığında artan aktivite gözlenmiştir. **Anterior singulat kortekste**, kumara ilişkin kayıpların peşinde koşma ile artan aktivite ile ilişkili bulunmuştur. **Beyaz madde bütünlüğü**, davranışın korpus kallosumdaki FA değerlerini azalttığı ve bu durumun bilişsel esneklik ve dürtüsellik etkili olduğu düşünülür (Leeman ve Potenza, 2012). **Ventromedial prefrontal korteks (vmPFC)**, KOB olan kişilerin, kontrol grubuna kıyasla kumar oynama ve karar verme görevleri esnasında vmPFC aktivitesinde hem artış hem de azalma (Power vd., 2012; Reuter vd., 2005) vmPFC'de azalan BOLD (blood oxygen level dependent) tepkileri ile karakterize edilen, azalan ödül duyarlılığı ile birlikte artan ödül arama davranışı (Leiserson ve Pihl, 2007; Reuter vd., 2005) ve*

iki taraflı vmPFC lezyonu bulunan hastalarda kumar oynama davranışı (Balconi vd., 2014; Potenza vd., 2003) gözlenmiştir. Ek olarak, sağlıklı örnekleme kıyaslandığında, sağ ventrolateral prefrontal kortekste aktivasyon azalmasını takiben ciddi bir davranışsal ısrar rapor edilmiştir. Bu durum her iki koşulda hem kazanma hem kaybetme ile gözlenmiştir (Zack ve Poulos, 2007). Kısaca, patolojik kumar oynamada frontal kortikal bölgeler ve özellikle ventral alanlar, cevapta ısrar ve ödül duyarlılığına bağlı olarak gelişen dürtüsellik ve kompulsiflik üzerinde rol oynamaktadır ve kimyasal olmayan bağımlılıklarda da uyumsuz davranışların belirleyicileri olarak gözlenmektedir (Leeman ve Potenza, 2012; Zack ve Poulos, 2007).

### ***Nörotransmitterler***

KOB ile ilişkili olan dürtüsellik, kompulsivite, risk alma ve ödül arayışı ile dopamin, serotonin, opioidler, glutamat ve norepinefrin gibi çeşitli nörotransmitter sistemleri ilişkilidir. Davranışsal bağımlılıkların patofizyolojisi üzerinde 5-HT, DA, NA ve opioid ve özellikle ödül sisteminin etkileri ön plana çıkar. Ödül eksikliği hipotezine (*Reward deficiency hypothesis*) göre: doğal ödüllere (su, yiyecek, cinsellik) yeterli doygunluğu elde edemeyen kişiler, ödül yolunu aktive edecek madde ve davranışlara yönelirler. Bağımlılıkta, ödüllendirme ve ödül arama davranışlarına artan duyarlılık nedeniyle kullanım veya aktivite sonucu dopamin uyarımı taklit edilerek kısa bir gecikmeyle hızlı bir ödül alınır. Bu durum da daha fazla ödül arayışı ve davranışsal motivasyon açığa çıkarır (Blum vd., 1996).

*Dopamin (DA3,4-dihidroksifeniletamin):* Dopamin bu ödül sisteminin en önemli nörotransmitterlerindedir. DA reseptör yetersizliğinin, dürtüsel ve kompulsif davranışlara, alkol ve madde bağımlılığına, patolojik kumar oynamaya ve bağımlılık yapıcı davranışlara belirgin bir yatkınlık yarattığı bilinmektedir. Yapısından ötürü ödüllendirici ve bağımlılık yapıcı olan uyuşturucu maddeler beyindeki dopamin akışını güçlendirir. Bu sayede amigdala, hipokampus, ventral tegmental alan (VTA), ventral striatum, mezolimbik dopaminerjik yol ve prefrontal korteks ile birlikte ödül sinir devrelerinin önemli parçası nükleus accumbens'te (NAc) DA salınımını artırır (Hui ve Gang, 2014; Volkow vd., 2011; Wise, 2004). Ayrıca, dopamin manipülasyonunun risk/ödül ve karar verme üzerindeki etkisini değerlendiren çalışmalar, dopaminin

kumarla ilişkili ödül ve pekiştirmede bir rol oynadığını öne sürer. D2/D3 agonisti ve D1 antagonisti perseverasyonda azalmayla ilişkilendirilmiştir. Dahası, yapılan çalışmalarda D2 antagonistinin (haloperidol) kumar oyunu esnasında öncül tetikleme ve ödül etkisini arttırdığı ve bu etkilerin kumar sonrası artan kumar isteği, kumarla ilişkili sözcüklere daha hızlı tepki verme ve kumar esnasında yükselen kan basıncını temsil ettiği görülmüştür (De Ruiter vd., 2009). Yapılan bu karşılaştırmalar ele alındığında sağlıklı kontrollerle ortak olan durum kan basıncındaki artışın güçlenmesinden ibarettir ve diğer ölçümlerde anlamlı bir etki görülmemiştir. Sonuç olarak, KOB’da, DA’nın rolünü D1, D2, D3 ve D4 reseptörlerinden gelen farklılaşmış uyarılar açıkladığı ve KOB’un gelişiminde etken potansiyel bir mekanizma olduğu gözlenmiş olsa da (Cocker vd., 2014), DA’nın Patolojik kumardaki rolü halen araştırılmaktadır (Boileau vd., 2014; De Ruiter vd., 2009; Alessi ve Petry, 2003).

*Serotonin:* Kumar oynama bozukluğunda (KOB) serotonerjik fonksiyonun rolüne bakıldığında bulgular, serotonin metaboliti 5-HIAA’da düşük seviyeleri gösterir. Ayrıca, azalan triptofana bağlı olarak serotonin üretimi de azalarak karar verme ve dürtüsellik üzerinde etki gösterir (Leeman ve Potenza, 2012). Patolojik kumar oynayan kişilerde, beyin omurilik sıvısındaki 5-HT metabolit (metabolizma reaksiyonları sonucu oluşan bileşikler) düzeylerinin azalması ve serotonerjik işlevlerdeki düzensizlik, kişilerin dürtüselliklerini ve davranış inhibisyonu ile ilişkilidir (Linnet vd., 2011; Brewer ve Potenza, 2008). Trombosit monoamin oksidaz (MAO) aktivitesinin azalması da dürtüsellığe biyolojik yatkınlığı ifade eder ve patolojik kumardaki serotonerjik fonksiyon bozukluğunun kanıtıdır (Ibanez vd., 2000; Blanco vd., 1996). Ayrıca, Serotonin 1B reseptörü KOB’un şiddeti ile ilişkilendirilir (Potenza vd., 2013).

*Endorfin:* Opioidlerin, kumar oynama davranışı ve dürtülerinde kalıtsal rolü, opioid antagonistlerinin tedavi etkinliği üzerinde etkisi ve endojen opioid beta-endorfinin yüksek seviyeleri kumar ve ilgili davranışlarla ilişkisi literatür bulguları arasındadır (Leeman ve Potenza, 2012).

*Nöroadrenalin:* Uyarımla ilişkili olan nöropinefrinin kumar esnasında aktivasyonunda artış ve patolojik kumarbazlarda kumar davranışının gerçekleşmediği

durumlarda da adrenerjik ajanların ve bunların metabolitlerinin yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur (Leeman ve Potenza, 2012).

*Glutamat:* Kumar problemi şiddetinde önemli azalmalarla ilişkili bulunan glutamaterjik bir nutrisötik olan N-asetil sistein (NAC) tedavide etkinliğinde ve dürtüsel ve kompulsif davranışlara olası katılım açısından olumlu rol oynar (Leeman ve Potenza, 2012).

Yukarıda bahsedilen süreçler KOB'un kökenlerine ilişkin hem davranışsal hem de bilişsel bileşenleriyle çok yönlü karmaşık bir yön izlemektedir. Beyin yapısının detaylı anlaşılması, tedavi ve önleyici yaklaşımlara ciddi katkılar sağlar. Tüm bu yapılar bakıldığında dürtüsellik ve kompulsivite olarak iki kavram diğer faktörlerin kesiştiği nokta olarak karşımıza çıkar ve geçmişte kumarla ilişkili tanı ölçütleri dürtü kontrolü ile ilişkili olarak açıklanmıştır (Bkz. 1.3.2.1.). Literatürdeki bulgular, patolojik kumarda artan kompulsivite ve dürtüsellik gösterir. Ayrıca bu iki kavram çeşitli psikiyatrik durumlarla da ilişkilendirilir. Bu nedenle bu iki kavrama değinmekte yarar vardır.

*Kompulsivite*, kumarda özellikle yineleyici ve ısrarcı tepki devamlılığı ve özellikle de tepki perseverasyonunu göstermektedir. *Dürtüsellik*, olumsuz sonuçlar göz ardı edilerek iç ve dış uyaranlara karşı plansız ve hızlı tepkilere yatkınlıkla karakterizedir. Küçük ve anlık ödüller veya pasif ve engelleyici davranışlar pahasına büyük ve sürekli ödül alımından vazgeçilen, ödül duyarlılığında artış ve ceza duyarlılığında azalma ile ilişkili ve sabırsızlık, risk alma, heyecan arayışı, dikkatsizlik, duyguların hemen aktarımı, saldırganlık gibi fizyolojik ve psikolojik olarak karmaşık unsurları kapsayan bir durum olarak karşımıza çıkar. Yapı, tepki ve seçim formlarıyla ölçülebilir. KOB'da yapılan dürtüsellik ölçümlerinde: motor yanıtlarını durdurma, başlatma ve sürdürme kapasitesi, motor ketleme; dikkati sürdürme ve odaklanma kapasitesi, dikkat ketleme; büyük ödülleri geciktirme, karar verme süreçleri; indirim ve karar verme ile anlamlı bozulmalar gözlenmiştir. Kumarbazların riskli kararlar alma ve olası sonuçları değerlendirme konusunda zorluklar yaşadığı rapor edilmiştir (Yeşilay, 2022; Leeman ve Potenza, 2012; Chase ve Clark, 2010; Reuter vd., 2005).

### 1.4.3. Psikolojik Faktörler

Çevrimiçi kumar bağımlılığının etiolojisinde önemli payı bulunan psikolojik faktörler: kişisel özellikler, bireysel motivasyonlar, ebeveynle ilişkiler, sosyal destek ağı, eşlik eden psikolojik sıkıntı, psikopatolojinin varlığı, duygusal sorunlar, hatalı düşünce ve inançlar gibi çeşitli etmenleri kapsar, yapısı karmaşıktır ve nedenselliği çok yönlüdür. Çevrimiçi KOB'da, psikolojik faktörler tek başına veya çeşitli psikolojik unsurlarının kendi aralarındaki etkileşimi veya birlikteliği ile etken rol oynayabildiği gibi, etiolojik faktör yelpazesinin kapsadığı diğer (çevresel, nörobiyolojik, genetik) unsurlar ile etkileşiminin varyasyonlarıyla da nedenselliğe katkı sunabilir. Bu bölümde, psikolojik faktörlerin çeşitliliği, durumsal veya sürekli olarak ortaya çıkabilmesi, karmaşıklığı ve etkileşimli rolü dikkate alınarak kumar bağımlılığında yaygın görülen faktörler incelenecektir. Ek olarak, hem risk faktörlerinde bulunan erken başlangıç yaşı hem de yetişkinlikteki ilişkili faktörlerle literatürde oldukça benzer sonuçlar bulunması göz önünde bulundurularak, ergenlerle yapılan bazı çalışmalara da yer verilecektir. Patolojik kumarın seyrine bakıldığında, psikolojik etmenleri daha iyi anlamak tedavi sürecinde, etkili müdahalelerin ve destek sistemlerinin gelişmesinde önemli kabul edilir (Yeşilay, 2022; Frisone vd., 2020; Ashley ve Boehlke, 2012; Langhinrichsen-Rohling vd., 2004; Hardoon vd., 2004; Winters vd., 2002; Sharpe, 2002).

***Kişisel Motivasyonlar:*** KOB ile ilişkili olan kumar oynama motivasyonları kumar oynama davranışını gerçekleştirmede içsel ve dışsal faktörlerin teşviki doğrultusunda kişinin bilişsel, duygusal ve davranışsal hazır bulunuşuyla etkileşim halindedir (Sundqvist vd., 2016). Tabri ve diğerlerinin (2022) öz bildirimine dayalı olarak kumar oynayan katılımcılarla yaptığı çalışmada kişiler çeşitli motivasyonları bildirmiştir. Bunlar: risk almak, zevk almak, eğlenmek, keyifli vakit geçirmek, heyecanlanmak, uyarım ihtiyacını karşılamak, ilginç veya ilgi uyandırıcı bulmak, şansını denemek veya şanslı hissetmek, meydan okumak, zorluğu deneyimlemek, pratik yapmak, öğrenmek, beceri geliştirmek, para kazanmak, avcılık veya önceki kayıpları geri kazanmak, rekabet hissini yaşamak, yarışmak, kazanma deneyimi, sosyalleşmek, arkadaşlarla birlikte vakit geçirmek, yeni insanlarla tanışmak, öteki veya sosyal çevre ile uyumlu olma ihtiyacı, boş zamanı değerlendirmek, alkol veya

madde alırken eşlikçi olması, sıkıntıyı hafifletmek, sorunlarla veya kaygıyla veya stresle başa çıkmak için kumar oynamaktır. Bu motivasyonlar arasında yer alan finansal kazanç elde etme arzusu ile harekete geçme kumarbaz tipleri arasında karmaşık ve belirsiz şekilde meydana gelir. Bununla birlikte meta analitik bulguların sonucunda finansal motivasyonların hem kumar oynamanın sıklığında hem de patolojik kumarla pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür.

**Başa Çıkma:** Ergen veya yetişkin kumarbazlar, yaşamındaki sorunlarla, gündelik sıkıntı verici durumlarla, yalnızlıkla, mutsuzlukla başa çıkabilmek adına geçici ve uyumsuz başa çıkma yöntemlerinden olan kumar oynama davranışını gerçekleştirirler (Ste-Marie vd., 2006). Beraberinde kişide kumara ilişkin olumlu beklentiler ve bilişsel hatalar oluşabilir. Problemlili kumar oynayan ergenlerde kaçınma ile karakterize duygu odaklı olarak başa çıkmayı daha sık, çözüm odaklı başa çıkmayı daha az kullandıkları gözlenmiştir (Bergevin vd., 2006). Zayıf problem çözme becerisine sahip ve çözüm üretmekte güçlük çeken kişiler de KOB'un gelişmesinde riskli düzeyde görülür (Sharpe, 2002). Sorunlu kumar oynayan kişilerin, sosyal kumar oynayan kişilere kıyasla meydan okuma ve başa çıkma motivasyonlarıyla kumar oynadığı görülmüştür (Sundqvist vd., 2016). Sorunlu kumar oyuncularının motivasyonları değişiklik göstermekle birlikte, duygu durum değişikliği arayışında olan ve sorunlarını unutmak ve boşluğu doldurabilmek için kumar oynayan kişiler bir kısır döngünün içine düşerler. Kaçınmak için gerçekleştirilen kumar oynama davranışının kendisi de bu olumsuz duygulanımı yaratır (Neophytou vd., 2021; Grubbs ve Rosansky, 2020; Wood ve Griffiths, 2007).

**Yalnızlık:** Depresyon, kaygı, kişilik yapısı, yeni bir yere taşınma, hastalık vb. birçok nedenden ortaya çıkabilen yalnızlık, durumsal ve sürekli olabilir. Kumar oynama davranışı ile ilişkili olan kavram kişinin kumar oynama motivasyonlarından biri olabilmekle beraber sosyal destek arayışı, sosyal izolasyon, sosyal etkileşimi güdüleyen bir durum olarak da görülebilir (McQuade ve Gill, 2012). Kişiler çevrimiçi kumar topluluklarını, kumar deneyimlerini paylaşmak ve sosyal destek aramak için kullanabilirler ve bu durum kumar etkinliğini artırmasına neden olarak kumarla ilgili bilişsel önyargıların gelişmesine katkıda bulunabilir (Sirola vd., 2021).

**Stresli Yaşam Olayları:** KOB'a sahip kişilerin, sosyal kumar oynayanlardan ve hiç kumar oynamayan kişilerden daha fazla stresli yaşam olaylarını yaşadıkları bulunmuştur (Bergevin vd., 2006). Stresli yaşam olaylarına aracılık eden bazı psikolojik faktörler ise kumara ilişkin *bilişsel çarpıtmalar*, *öz kontrol ve duygu düzenleme güçlükleri* olarak karşımıza çıkar (Thurm vd., 2023).

**Duygu Düzenleme:** Çalışmalarda, duygu düzenleme güçlüklerinin patolojik kumar oynamayla ilişkili olduğu ve KOB'a sahip kişilerin, bozukluğa sahip olmayan ve kumar oynamayanlara kıyasla duygularını düzenlemede sürekli olarak daha fazla zorluk yaşadığı görülür (Poole vd., 2017). Ayrıca, duygu düzenleme güçlüklerinin, olumsuz çocukluk deneyimleri ile KOB ve kumar oynama şiddeti arasında aracılık rolü oynadığı gözlenmiştir.

**Olumsuz Çocukluk Deneyimleri:** Yaşamın ilk 18 yılına tekabül eden olumsuz çocukluk deneyimleri, istismar ve ihmal türlerine ilişkin yaşantıları kapsar. Bu türlerin içinde evdeki işlev bozuklukları da bulunur. Bunlar: aile içi şiddet, evdeki suç davranışları, ihmal ve istismar, ebeveyn boşanması, psikopatolojiler ve bağımlılık öyküsüdür. Olumsuz çocukluk deneyimlerinin, fiziksel istismar haricinde, tümü, patolojik kumar oynama ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca kümülatif olarak 3 veya daha fazla olumsuz çocukluk deneyimi bildiren kişiler, böyle bir yaşantıya maruz kalmayan kişilerle kıyaslandığında üç kat daha fazla KOB bildirmişlerdir (Poole vd., 2017).

**Ebeveyn Tutumları:** Bakım veren aile üyelerinin kumara ilişkin tutumlarının, bireyin kumara karşı tutumunda etkili olabileceği varsayılır (Sharpe, 2002). Ayrıca, ergenlerde sorunlu kumar oynamayla ilişkili psikososyal zorluklar arasında zayıf algılanan aile desteği, aile sorunları, akran sosyal desteği, madde kullanımı sorunları, davranış sorunları ve ebeveynlerin kumar ve madde kullanımına katılımı yer alır (Delfabbro vd., 2016; Hardoon vd., 2004).

**Öz Kontrol:** Düşük öz kontrol ve kumar bağımlılığı ilişkili bulunmuştur. KOB gelişiminde öz kontrol düşüklüğü, kişiyi kumar dürtülerini engellemekte daha savunmasız kılabilir. Ayrıca, KOB'a sahip kişilerin, bozukluğa sahip olmayanlar ve kumar oynamayanlara kıyasla daha düşük düzeyde öz kontrol ve daha az kontrollü davranışlar bildirmişlerdir (McQuade ve Gill, 2012).

**Dürtüsellik:** Dürtüsellik faktörünün kumar oynama davranışı üzerindeki kontrolün kaybedilmesi ve aşırı kumar oynama eğilimine katkıda bulunduğu varsayılmaktadır. Dürtüsellğin açıklaması ortak bir psikolojik ve biyolojik hassasiyet (Bkz. 1.4.2.) ile yapılabilir (Sharpe, 2002). Dürtüsellik ölçümünde, kumar sorununun ciddiyeti, eşlik eden psikopatoloji, beyin hasarı öyküsü ve heyecan arayışı bildirimini incelenir. Kumar sorunları, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında, sıklıkla dürtüsellik ve bilişsel eksiklikle ilişkilendirilmektedir (Grant ve Chamberlain, 2020).

**Heyecan Arayışı:** Temel ve kalıcı bir insani güdü olarak, kişilerin öznel deneyimlerini optimize edebilmek adına uyarım/ödül araması ile açıklanabilir. Bu durum da deneyimlerde yenilik, eğlence ve macera arayışıyla meydana gelebilir. Heyecan arayışı, kumar bağımlılığıyla ve kumarın gelişimiyle ilişkilidir ve yüksek dürtüsellik ile gelişen KOB genç yaşlarda daha sık görülmektedir (Hodgins ve Holub, 2015). Yetişkinlikte ise problemlili ve patolojik kumar oyuncularını akranlarıyla kıyaslandığında, heyecan ve macera arayışa skorlarını yüksek olduğu görülür (Wood ve Griffiths, 2007).

Özetle, KOB'da olası ve sık karşılaşılan psikolojik nedenler, yüksek heyecan arayışı, dürtüsellik, risk alma, yalnızlık, istenmeyen duygulardan kaçma ve kaçınma, sosyalleşme ihtiyacı, düşük öz kontrol, düşük algılanan sosyal destek, toplumsal normlara uymada güçlük, zayıf aile ilişkileri, çarpıtılmış inançlar, stresli yaşam olayı, olumsuz çocukluk yaşantıları gibi faktörlerin durumluk veya süreklilik olarak ortaya çıkması veya eşlik etmesi durumlarında veya bahsedilen çeşitli faktörlerin bir araya gelmesi gibi kombinasyonlarla açıklanabilir.

#### 1.4.3.1. Bilişsel Faktörler

Bilginin işlenmesinde ve çevresel uyaranlara verilen tepkilerde öğrenme, problem çözme, hatırlama, karar verme, dikkat, algılama, muhakeme vb. süreçleri içeren zihinsel işlevleri üzerinde etkili faktörlerdir. Bilişsel çarpıtmalar ise kumarın etiolojisinde tüm bu bilişsel faktörlerin entegrasyonu ile karşımıza çıkar (Ciccarelli vd., 2017).

#### **1.4.3.1.1. Bilişsel Çarpıtmalar, Düşünce Hataları**

Bilişsel çarpıtmalar, gerçekliğin hatalı algılanması veya yorumlanması durumunda düşünce, inanç ve tutumlar üzerinde sapmaya neden olarak sorunlu davranışın, gerçekleştirilmesi veya sürmesine katkıda bulunur. Psikiyatrik rahatsızlıklarda sıkça görülür ve bu rahatsızlıkların anlaşılmasında ve tedavisinde önemli rol alır. Kumar oynama davranışı özelinde bilişsel çarpıtmaların rolü ise varsayımların yaşanan zarar ve kayıplara rağmen davranış devamlılığında kolaylaştırıcı etkisi olmasıdır. Kumar oynama davranışıyla ilişkili düşünce hataları: şansa dayalı bir olayın sonucunu etkileme, tahmin etme ve kontrol etme yeteneklerine sahip olduğu varsayımı ve bu yeteneklerin de çeşitli olumlu sonuçlar doğuracağıyla ilgili kusurlu inançları kapsar. Hatalı bilişlerin, mantıksız varsayımların ve batıl inanışların sorunlu veya patolojik kumarbazlarda, sosyal kumarbazlar ve kumar oynamayan kişilere göre daha yaygın olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, kumar oynama sıklığı düşük olan sosyal kumarbazlardan, patolojik kumarbazlara kadar tüm kumarbazlarda bilişsel çarpıtmalara rastlanır. Örneklemin patolojik kumarbazlardan oluştuğu bir çalışmada, kumarla ilgili bilişlerin dörtte birinin mantıksız olduğu ve bilişlerin risk almayla pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (Delfabbro ve Winefeld, 2000). Bahsedilen bilişlerin KOB ile bağlantılı olduğunu destekleyen literatürde çok sayıda araştırma bulunur (Brooks vd., 2020; Çakmak ve Tamam, 2018; Ciccarelli vd., 2017; Arcan ve Karancı, 2015; Delfabbro ve Winefeld, 2000; Griffiths, 1994).

Kumara ilişkin batıl, asılsız ritüel, varsayım ve hipotezlerden oluşan çeşitli bilişsel çarpıtma türleri şunlardır:

*Kumar oynamayı durduramama düşünceleri*, öz kontrol, duygulanım, arzu vb. atıfta bulunarak kumar oynamayı bırakma konusunda algılanan yetersizlik.

*Kontrol etme illüzyonu*, gerçekleştirilen ritüeller, şans getiren nesnelere veya davranışlar yardımıyla, kumar oyununun olası sonuçları üzerinde otorite/kontrol sahibi olunacağı yanılsaması.

*Kumar oynama beklentileri*, kumar oynama davranışı ile yaşanılması beklenen negatif duygu-durumlarda azalma, pozitif duygu-durumlarda artış olacağına ilişkin ön yargılardır.

*Yoruma dayalı önyargı*, kazançları hatırlamak, kayıpları dışsal faktörlerle ilişkilendirmek gibi hatalı yorumlamalara dayanan düşüncelerdir.

*Tahmini kontrol*, kazancın veya kaybın deneyimlenmesinin ardından gelişen düşüncelerin, gelecekteki kumar oynama davranışının kazanç ile sonuçlanacağını tahmin etmesine dayalı kusurlu kontrol inancıdır.

*Kişileştirme*, insani niteliklerin, kumar oyunlarına, makinelere veya oynanan cihaza atfedilmesi durumudur (Arcan ve Karancı, 2015; Raylu ve Oei, 2004; Delfabbro ve Winefeld, 2000).

#### **1.4.4. Çevresel Faktörler**

Kumar oynama bozukluğunun etiolojisinde güçlü bir rol oynayan çevresel faktörler, bireyin kumar oynama davranışını etkileyen dışsal faktörlere dayanır ve ortaya çıkan bireysel farklılıkları ifade eder. Kumarın toplumdaki kabulü, ekonomik yapı, erişilebilirlik, reklam ve pazarlama ve teknolojik değişimler gibi unsurların etkisi çevresel faktörlerin örneklerindedir ve belirli grupları daha farklı etkilediği görülmüştür. Ayrıca, çevresel faktörlerin kumar oynamaya katkısı hem doğrudan hem de dolaylı olarak gözlenir. Bu faktörlerin karmaşık etkileşimlerinin derinlemesine incelenmesi, kumar bağımlılığının nedenlerini ve nesiller boyu süregelen etkilerini anlamak için kritik öneme sahiptir (Shaffer ve Martin, 2011; Wechsler vd., 1997). Bununla birlikte, geleneksel kumar ile çevrimiçi kumar arasında önemli farklılıklar gözlenmiştir (Griffiths, vd., 2011).

##### **1.4.4.1. Sosyo-kültürel Faktörler**

Sosyokültürel faktörlerin etiolojideki rolü, kumar davranışı üzerindeki toplumsal ve kültürel etkinin kumar bağımlılığına yol açmasıyla açıklanır ve psikolojik, nörobiyolojik ve genetik faktörler kadar önemli etkiye sahiptir. Sosyo-kültürel faktörler: toplumsal kabul, ahlak, kültürel değerler ve tutumlar, dini normlar, yaygın inançlar, sosyal etkileşim, akran veya grup baskısı, grup sarginlığı, reklam ve medya etkisi gibi değerleri içinde barındırır. Sosyal öğrenme ve model alma yoluyla, aile içi kumar alışkanlıkları ve toplumdaki yaygın tavrın etkisi, yalnızca bireylerin değil nesillerin de davranışı üzerinde hüküm sürer (Shaffer ve Martin, 2011; Australia, 2005; Raylu ve Oei, 2004a). Sosyokültürel unsurlar, kumarın başlangıcını olumlu ve

olumsuz yönde etkileyecek güçtedir. Kumarın sosyal mevcudiyetinin onaylanması ve toplumda kabul görmesi, makro ve mikro düzeyde sosyal çevre ve akran gruplarındaki yaygın alışkanlıkları etkiler. Araştırmaların sonuçları kumarın kabul edilirliliğinin yüksek veya görünürlüğün yaygın olduğu toplumlarda bireylerin, kumar hakkında olumlu yönde etkilendiğini ve kumar oynamaya başlama olasılıklarının daha yüksek olduğunu gösterir (Sarti ve Triventi, 2017). Welte ve diğerlerinin araştırması (2006), akran, aile ve yakın çevrenin kumarı onaylamasının kumarın başlangıcında en güçlü belirleyici olduğunu ve bunu gelenekçiliğin takip ettiğini rapor etmiştir. Genellikle toplumla uyumlu olarak şekillenen bireyin bakış açısı, kumarla ilgili olumlu olduğunda sosyal uğraş, eğlenceli etkinlik veya boş zaman aktivesi gibi sebeplerle davranışa yönelme ihtimalini ve sıklığını artırır (Sharpe, 2002). Bir diğer bakışla, din ve gelenek bağlantıları bulunmayan kişilerin, bulunan kişilere oranla patolojik kumarbaz olma ihtimali yüksek görülmüştür (Feigelman vd., 1998). Benzer şekilde, toplumun bakışı ve yaygın inançlar tam aksine geliştiğinde ise erişim daha kısıtlı ve davranış daha az alenidir. Çeşitli toplum ve kültürlerde kumara katı sınırlar çizen ideoloji ve inanç biçimleri kumarı zararlı, yasaklanan ve problemlili bir davranış olarak tanımlamaktadır. Örneğin Müslümanlıkta yasaklanmış ve kınanmıştır (DDK, 2014; Raylu ve Oei, 2004a). Benzer şekilde, tarihsel olarak kumar belirli dönemlerde ahlaksızlık olarak görülmüştür (Bkz. 1.3.1.) Bu ve benzeri durumlar davranışın ketlenmesini veya hiç başlamamasını sağlayabilir. Ayrıca, toplumdaki bu değerler, yasal ve politik süreçlerle de çift yönlü etkileşim halindedir ve sadece inanışlar değil mevcut kısıtlamalar ve yasaklar da bireylerin katılımını etkilemektedir. Ancak bu sosyokültürel unsurlar kumar sorunlarını ortadan kaldırma konusunda tek başına yeterli değildir (MPİ, 2022; Aydın, 2021; Şahin, 2019; Babayiğit, 2018). Örneğin, KOB tedavisi gören kişilerle yapılan bir çalışmada, kumarbazların kumara ilişkin bakış açılarını, topluma zarar veren, problemlili ve toplumu olumsuz etkileyen ve ahlaki bozan bir aktivite olarak gördüklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların %75'i kumarın topluma faydadan çok zararı olduğunu, %37'si ise ahlaki bir sorun olduğunu ifade etmiş olup %21'i ise yasallaştırılması gerektiğini düşünmektedir (Zhang vd., 2018). Dahası, dini faktörlerin de incelendiği Welte ve diğerlerinin çalışmasında (2006), katolik mezhebindeki hristiyanların kumar oynama olasılığının katolik olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve geleneksel değerlere sahip kişilerin kumar oynama

olasılıklarının daha düşük olduğu gözlenmiştir. Ancak, bu faktörlerin kumar oynama sıklığını ve kumar sorunu yaşamayı öngörmediği belirtilmiştir. Sosyokültürel faktörler başlangıca etki ettiği gibi davranışın devamlılığı ve şiddetlenmesi üzerinde de etkilidir. Toplumun kumara hoşgörülü bakışı, sosyal veya eğlence nedenleriyle katılımın kabul görmesi kültürel prizmayla ilintilidir. Benzer etki, kamu politikaları ve yasal yaptırımlarda da gözlenir. Sosyal psikolojik perspektifle bakıldığında, kültürler birey dışı faktörlere vurgu yapma eğilimindedir ve uyum içinde olmak için toplumsal ihtiyaçlar bireysel ihtiyaçlardan daha önemli bir yerde konumlanır. Böylelikle, kumarbazların, grup sargınlığını ve uyum sağlama ihtiyacını sürdürmek için davranışa devam etmesi, kayıplarını geri kazanma isteği veya sosyal statü kazanma arzusu gibi faktörler bağımlılığın şiddetlenmesine katkıda bulunabilir (Australia, 2005). Dahası, kumar oynama davranışının bağımlılığa dönüştüğü durumlarda sosyokültürel faktörlerin doğurduğu olumsuz veya olumlu sonuçların etkisi, bireylerin tedaviye erişiminde önemli rol alır. Bu etkiler bireye farklı şiddette sirayet edebilir. Örneğin Doğu ve Asya kültürlerinde toplumsallığın etkisi daha yüksekken, Batı toplumlarında bireysellik ön plandadır. Kolektif kültürün etkisi, stigmatizasyon getirebilir ve bireyin atfettiği önem tedaviye erişimini geciktirebilir ve yardım arama davranışında ketlenme görülebilir. Ayrıca, tedavi ve önleme çalışmalarına bakıldığında bireyle birlikte, çevrenin ve toplumun gerçek bilgiye erişimi ve farkındalığın önemi yine toplumsal faktörlerin bu anlamdaki önemini hatırlatmaktadır (Australia, 2005). Tüm bunlarla birlikte, sosyokültürel unsurlar toplumlararası farklılık gösterdiği gibi aynı toplumda da değişkenlik gösterebilir. Örneğin, reşit olmayan bireylerin kumar katılımının yasal olmadığı ancak sosyal çevresinde kabul gördüğü takdirde, yasal sorumluluğu olmayan diğer kumar aktivitelerini tercih ettikleri görülmüştür (Shaffer ve Martin, 2011). Yine toplum kumar alışkanlıkları üzerinde belirli bir etkiye sahip olsa da belirli çevrelerde özellikle düşük sosyoekonomik düzeye sahip ve imkanların kısıtlı olduğu dezavantajlı mahallelerde yaşayan katılımcıların sorunlu kumarbaz olma olasılıklarının daha yüksek olduğu görülür (Welte vd., 2006). Dezavantajlı mahallelerde yaygınlığın, kumara erişiminin daha yüksek olmasıyla yakından ilişkili görülmüştür. Birçok ülkede erişim yasal veya kolay olmasının yanı sıra kumarın çevrimiçi erişimi gittikçe evrenselleşmektedir ve küresel boyuttaki kumar fırsatlarından kaçınmak neredeyse imkansızdır. Sürekli kumar fırsatları sunan erişilebilirlik faktörü başlı başına sorunlu

kumar davranışını arttırır (Sharpe, 2002). Ancak, bu erişim bazı alt kültürlerde ve dezavantajlı mahallelerde daha yoğun görülür. Kumar seçeneklerine daha fazla maruz kalma ve özellikle bayiilerin, kumarhanelerin veya piyango satış merkezlerinin bu bölgelerde konumlanmasının maruziyeti arttığı ve problemlili/patolojik kumar oynamanın daha yaygın olduğunu görülür (Welte vd., 2006). Bununla birlikte, dolaylı olarak da maruz kalma muhtemeldir. Örneğin, elektronik kumar makinelerinin, alkol servisi yapan işletmelerde daha sık yer alması, düzenli içki içen alt kültürlerin de kumar oynama sıklığında artışa sebep olabilir. Yine, belirli alt gruplara üyelik kumar fırsatlarını artırabilir. Bir diğer bakış ise kumar sorunu yaşayan bireylerin, kumar mekânı bulunan bölgelere gitmesi veya taşınmasıyla patolojik kumar oynama oranının bireysel ve toplumsal düzeyde artma olasılığıyla ilişkilendirir. Kumar sorunu yaşayan kişilerin kumar erişilebilirliğinin yüksek olduğu alanlara yönelmesi muhtemeldir ve kumar mekanları yaygınlaştıkça daha geniş toplumdaki kumar sorunlarının oranı da artmaktadır (Sharpe, 2002).

Göçmenler ve azınlık grupların kumar katılımı değerlendirildiğinde, çoğunluk kültürüne uyum sürecinin kumar alışkanlıkları üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Bu uyum süreci, katılım sıklığı ve bağımlılık gelişimine yol açabilir (Raylu ve Oei, 2004a). Çalışmalar, göçmen kökenli olmanın sorunlu kumar oynama olasılığını arttırdığını kanıtlar. Dahası, sorunlu kumarbazlarda göç geçmişinin bağımlılık riski üzerinde hızlı bir artışa neden olduğunu rapor eder (Effertz vd., 2018). Bahsedilen bu sosyokültürel faktörlerin sentezi olarak (bkz.:yuk.), etnik kökenlere göre kumar katılımı ve kumar bağımlılığına bakıldığında bazı kültürel grupların ve belirli etnik kökene sahip bireylerin daha savunmasız olduğu (Raylu ve Oei, 2004a) ve sorunlu kumar yaygınlığının daha yüksek olduğu bu popülasyonda, kumar destek hizmetlerine erişim güçlükleri ve eşitsizlikler görüldüğü vurgulanmıştır (Australia, 2005). Literatürdeki bulguların çoğunluğu batı kökenli araştırmalardan oluşsa da, farklı kültürlerden çeşitli sonuçlar da bulunmaktadır. Yapılan çalışmaların verileri gösteriyor ki, Asyalılar ve Yerli Amerikalıların kumar oynama ve KOB geliştirme eğilimi oranları diğer gruplardan daha yüksektir (Raylu ve Oei, 2004a). Avrupa kökenli olanların örneklemin %80'ini oluşturduğu bir başka çalışmada ise Avrupa kökenli olmayanların internette sorunlu kumar ile ilişkili bulunmuştur (Wood ve Williams, 2011). Benzer şekilde, beyaz ırktan olmayan ve daha az ırklı olanlarda

sorunlu kumar ihtimalinin daha yüksek olduğu ve Yeni Zelanda'da, Avustralya Aborjinlerinin kumarla ilgili sorunlar geliştirme olasılığı daha yüksek olduğu görülmüştür (Australia, 2005). Bir diğer çalışmada ise azınlık gruba mensup bir Amerikalının sorunlu kumarbaz olma ihtimali bir beyaz Amerikalıdan beş kat daha yüksek olduğu rapor edilmiştir ve çalışmada muhtemel patolojik kumarbazların siyah ırktan olduğu gözlenmiştir (Welte vd., 2006). Tüm bu bulguların ortak noktası ise araştırma verilerindeki sorunlu ve patolojik kumarbazların azınlık grup veya alt kültür mensubu ya da göçmen kişilerden oluşmasıdır. Bu sınırlı veriler oldukça karmaşık koşullardan etkilenmekte olup ırksal ve etnik köken ayrılıklarından ziyade, sosyal ve çevresel değerlerin etkisinin ve dezavantajlı konumda olmanın, problemleri davranışlar ve sorunlu kumar davranışının gelişim riski üzerindeki yatkınlığı sağlaması söz konusudur. Kumarın mevcudiyeti ise tüm kumar katılımını etkiler (Welte vd., 2006). Ayrıca, bulgular geleneksel kumarla tutarlı olup, çevrimiçi kumar oynama koşulundaki çalışmalara bakıldığında, doğum ülkesinin, çevrimiçi kumar oynamayla ilişkili olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Pallesen vd., 2021). Yapılan bir çalışmada ise, internette kumar oynayanlarla internetten kumar oynamayanlar arasında etnik köken açısından önemli bir fark bulunamamıştır (Griffiths vd., 2011). Kısacası, çeşitli topluluklardaki yaygın inanışlar, dinler ve normlar kumar oynama bozukluğunun etiolojisinde etkili bulunsa da karşılaştırmalı araştırmalar literatürde yok denecek kadar azdır. Sosyokültürel faktörlerin rolüne ilişkin bulguların sınırlılığı nedeniyle KOB'un etiolojisinde etkisi karmaşık ve çok yönlü olarak açıklanmaktadır ve bu etmenlerin kumarın etiolojisindeki etkinliğine ilişkin daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır (Australia, 2005; Raylu ve Oei, 2004a).

Uluslararası manada kültürel farklılıkların kumar alışkanlıkları ve KOB üzerindeki etkilerini ve kültürel değişkenlerin kumarın başlangıcı ve sürdürülmesindeki rolünü sistemli ve derinlemesine inceleyen Raylu ve Oei'nin araştırması (2004a) bu perspektifteki nadir örneklerden biridir. Yapılan bu çalışmada, özellikle batı dışındaki örneklere yer verilmiş olup şu önemli temel bulgular sunulmuştur.

*Kültürler Arası Farklılıklar:* İnanç sistemleri, gelenekler ve toplumların kabulü gibi gruplar arası farklılıklar, kumar oynama ve KOB yaygınlığında önemli

farklılıklara neden olmaktadır. Örneğin, yaşam tarzı içinde kumar davranışının benimsendiği toplumlarda kumar oynama oranları yükselmektedir.

*Kültüre Uyum Sağlama ve Kültürel Savunmasızlık:* Kültürel değerlere ve inançlara adaptasyon süreci ve uyumlanmanın KOB başlangıcı ve seyrinde etkili olduğu ve bu etkinin evrensel olduğu görülmüştür. Bazı kültür gruplarının ve etnik kökene sahip kimselerin KOB geliştirme ihtimali daha yüksektir. Çoğunluk kültüre uyum sağlamayan veya azınlık grupların kumar davranışlarını da bu süreç şekillendirir.

Sonuç olarak, sosyokültürel faktörler KOB etiolojisinde önemli bir paya sahiptir. Bu payın katkısının net olarak anlaşılması için daha çok araştırma gerekmektedir ve önleme ve tedavi seçenekleri bu doğrultuda geliştirilebilir (Raylu ve Oei, 2004a).

#### 1.4.4.2. Yapısal Faktörler

Kumar oynama bozukluğunun etiolojisinde başlıca rol oynayan yapısal faktörler: oyunun türü ve çeşitliliği, erişilebilirlik, hız, kolaylık, ödeme yöntemi, medya ve reklam maruziyeti, pazarlama, teknolojik etkileşim, anonimlik unsurlarından oluşmaktadır. Bahsedilen tüm bu faktörler, geleneksel çevrimdışı kumarın, internet üzerinden erişilen çevrimiçi versiyonunun da ortaya çıkmasıyla yapısal anlamda bir dönüşümü de beraberinde getirmiştir. Teknolojinin bu devinimi sayesinde çevrimiçi olarak kumar seçeneklerindeki çeşitliliği artmıştır. Dahası, çevrimiçi kumar kavramının doğuşu, kumar oynamanın yapısını başlı başına temelden değiştiren bir faktördür (Tomei vd., 2022; López-Torres vd., 2021; Pallesen vd., 2021; BMYK, 2019; Chóliz, 2015; McCormack ve Griffiths, 2012).

Bu bölümde yapısal faktörlerin tekil rollerinden bahsedilecek olup, kumarın çevrimiçi ve çevrimdışı koşulda etiolojideki rolünde gözlenen çeşitli farklılıklarına da yer verilecektir.

#### ***Erişilebilirlik***

Bir kişinin kumar oynama davranışını gerçekleştirmesi için yüz yüze ve internet üzerinden olmak üzere iki farklı erişim yolu bulunmaktadır (Williams vd., 2017). Erişilebilirliğin yüksek olmasının KOB'un etiolojisine katkı sağladığı çeşitli çalışmalarla kanıtlanmıştır (López-Torres vd., 2021). Erişilebilirlik, kumar mekanları,

çevrimiçi kumar platformlarının sayısı ve erişim kolaylığıyla doğrudan ilişkilidir. Bağımlılık boyutunda hem internette kumar hem de geleneksel kumar benzer özelliklere sahiptir, ancak etkileşim biçimleri ve erişim kolaylıkları açısından farklılık gösterirler. Bu nedenle hem çevrimiçi hem de çevrimdışı kumar oynama davranışında erişim ile ilgili olarak ulaşım şekillerine ve ulaşım mesafesini dikkate almak gerekmektedir (Tomei vd., 2022; Williams vd., 2017). Kumar fırsatlarına daha kolay erişimin, kumar sorunlarının daha yaygın olmasıyla ilişkili olduğunu gösteren araştırma sonuçları oldukça fazladır (López-Torres vd., 2021; Pallesen vd., 2021; BMYK, 2019; Chóliz, 2015; Philander ve MacKay, 2014; McCormack ve Griffiths, 2012).

*Çevrimdışı kumarla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında*, fiziksel olarak kumarhaneye veya kumar oyunlarının bulunduğu mekanlara yakınlık ve kolay erişilebilirliğin kumar oynama davranışının yaygınlığını arttırdığı ve patolojik kumar gelişimi üzerinde etkili olduğu görülmüştür (López-Torres vd., 2021; DDK, 2014). Benzer şekilde, bu mekanlara yakın konumda ikamet eden kişiler ile daha uzak mesafede ikamet eden kişiler karşılaştırıldığında, yakın olan bireylerin sorunlu kumarbaz olma ihtimalinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Tomei vd., 2022). Bir başka çalışmanın sonuçlarına göre erişim kolaylığı bir mahalle dezavantajı olarak görülmüş ve sorunlu kumar oynama sıklığıyla pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca, mesafeye bakıldığında kişilerin evlerinin 16 km civarında konumlanan kumar tesisi bulunduğu takdirde daha uzakta ikamet eden kişilere göre sorunlu/patolojik kumarbaz olma ihtimali iki katı daha fazla oranla gözlenmiştir. Benzer şekilde, bir kumarhanenin 80 km yakınında yaşamının patolojik kumarbaz olma riskini ikiye katladığı görülmüştür (Welte vd., 2006). Bir diğer çalışmada ise hem sorunlu hem de patolojik kumar oynamanın yaygınlık oranlarının, bir kumarhanenin 50 mil yarıçapında yaşayan bireyler için genel popülasyonun iki katı olduğu görülmekle birlikte, erişimin tek başına etkili olmadığı ancak diğer etken faktörlerle bir arada bulunduğu patolojik kumarın etiolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir. Kısacası, kumar fırsatlarının mevcudiyeti ve bu fırsatlara erişim, bireyin kumar sorunu geliştirme konusundaki hassasiyetini arttırmaktadır. Bununla birlikte, önceden kumar sorunu olan bireylerin birden fazla kumar fırsatı sunan alanlara yerleşmesi de mümkündür. Ayrıca, kumarhanelerin, hâlihazırda yüksek oranlarda patolojik

kumarbaz nüfusun olduğu bölgelere konumlandırılması da benzer şekilde mümkündür (Ashley ve Boehlke, 2012; Korn ve Shaffer, 1999). Tercih edilen mekanların yoğunluk oranlarına bakıldığında %65 piyango satış noktaları ve %64 kumarhaneler çoğunluktadır. Bununla birlikte, %19,6 barlar/restoranlar ve %18,1 ile özel mekanların da ziyaret edildiği görülmüştür (Tomei vd., 2022).

Erişimin hızlı ve kolay olduğu takdirde patolojik kumara katkısı belirgin olarak görülmekle birlikte çevrimdışı kumara erişim, günümüz koşullarında çevrimiçi kumara kıyasla daha meşakkatlidir. İnternetin yaşantımıza dahil olmasından itibaren kumar oynama stilini derinden değiştiren bir yapısal faktör olduğu görülmektedir. İnternete hızlı ve kolay erişim neredeyse evrenseldir. Bu sayede, 20.yy'dan bu yana erişimi oldukça kolaylaşan çevrimiçi kumar, fiziksel mekanların sınırlamalarından bağımsız olarak, günün her saati ve haftanın her günü ulaşabilir durumdadır (Pallesen vd., 2021; López-Torres vd., 2021; Zhang vd., 2018; Chóliz, 2015; Philander ve MacKay, 2014; McCormack ve Griffiths, 2012).

*Çevrimiçi ve çevrimdışı kumar karşılaştırıldığında* kumar oynamak için, kumarhaneye gitmek, kumarın yasal olduğu bir yere seyahat etmek ve konaklamak, kumarhane kumar oynama harici ekstra ödemeler yapmak gibi maliyetlere nazaran internet erişimi bulunan kişisel bilgisayarlar, oyun konsolları, interaktif televizyon, dizüstü bilgisayarlar, tabletler ve akıllı telefonlar ve internet erişimi maliyeti, masrafları ve güçlükleri minimize eder. Erişim kolaylığı ve yaygın ve geniş kapsama alanı sayesinde neredeyse günün 24 saati internet ve dolayısıyla çevrimiçi kumar ve bahis oyunları kolaylıkla erişilebilir konumdadır (Pallesen vd., 2021; Derevensky ve Gainsbury, 2016).

*Çevrimiçi kumar bağlamında* mekan etkisi yerine ise kullanılan cihaz türü ve bağımlılık incelenmektedir (Williams vd., 2017). Çevrimiçi bu kolay erişim fırsatının, kumar bağımlılığına etkisini değişen demografik yapı ile gözlemek mümkündür. Çevrimdışı kumarda mekânsal özellikleri nedeniyle düşük olan kadın katılımı ve yaş küçüklüğü, maliyet, oyun bilgi eksikliği, ilgi alanları, deneyim ve motivasyonel faktörler nedeniyle katılımı düşük olan ergenlerin çevrimiçi kumar bağımlılığı ile yaygınlık oranlarının artışında sıçrama yaşanması bu durumun örneklerindedir (Australia, 2005). Benzer şekilde bu etki, izolasyon, yalnızlıktan sıkılma veya engellilik nedeniyle katılımı nadir görünen demografik grupların: -dul, engelli veya

zihinsel bozukluğu olan- internette kumar oynamanın rahatlığı sayesinde sorunlu kumar katılımında artış gözlenmiştir (McCormack ve Griffiths, 2012).

Kullanılan cihazların kumar deneyimini farklı şekilde etkilediği göz önünde bulundurulduğunda, patolojik ve sorunlu kumarbazların çevrimiçi kumara ulaşım şekilleri için tercih ettikleri cihazlar arasında özellikle cep telefonu ve akıllı telefonların en sık kullanılan platform oldukları gözlenmiş olup tüm cihazların kullanıldığını bilinmektedir (Pallesen vd., 2021; Zhang vd., 2018). Ayrıca, Tomei ve diğerlerinin (2022) araştırmasında Çevrimiçi kumar oynayanların %73,4 ile çoğunluğun akıllı telefon veya tabletlerde, %51,2 ile kişisel bilgisayarında ve nadiren %3,1 iş yerinde bilgisayarda kumar oynadığı gözlenmiştir.

Son olarak yapılan çalışmalar, kumar sorunu ve kumara erişim şekliyle ilişkili bulmakla birlikte, sorunlu kumarbazların sorun yaşamayanlardan üç kat daha fazla erişim sağladığı ve çevrimdışı erişim sağlayan kumarbazlara oranla yalnızca çevrimiçi veya karma olarak hem çevrimiçi hem çevrimdışı kumar oynayan kişilerin sorunlu kumarbaz olma ihtimallerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Tomei vd., 2022).

### ***Teknolojik gelişmeler***

Çevrimiçi kumarın sunduğu teknolojik gelişmeler erişim kolaylığıyla sınırlı değildir, oyun türlerinin çeşitlenmesi, ödeme yöntemleri, reklam ve pazarlamanın etkisi de KOB'un etiyolojik rolüne katkı sunan değişimler arasındadır.

*Oyun Türleri:* Elektronik teknolojilerin sağladığı kumar ürünlerinin giderek çoğalması ve daha karmaşık hale gelmesi, kumara erişilebilirliğin artmasını kolaylaştırmanın yanı sıra hızlı ve sürekli oyunu teşvik eder. Belirli oyun türleri daha fazla bağımlılık oluşturma potansiyeline sahip olabilir (Bkz. 1.1.2.4. ve 1.1.2.5.) (Tomei vd., 2022). Nüfus araştırmaları, belirli kumar türlerine katılan bireyler arasında kumarla ilgili zararın diğer türlere kıyasla daha yüksek olduğuna dair tutarlı kanıtlar sunmaktadır. Kumar etkinleri arasında tüm çevrimiçi kategoriler ve slot türleri problemlili kumar davranışıyla en çok ilişkilendirilen türlerdir (Griffiths ve Calado, 2022). Çevrimiçi kumar oyunları, ‘‘Çevrimiçi Kumar Oyunu Çeşitleri ve Sınıflandırma’’ bölümünde (Bkz. 1.1.2.) bahsedilen tüm sınıflandırmalar içindeki oyun türlerini her zaman erişilir kılar ve belirli türler ve yöntemle sınırlandırılmamıştır. Bu sayede birden fazla türe katılımı kolaylaştırıcı etkisi bulunur. Kumara iştirak genellikle homojen değildir. Belirli kumar türlerine katılım ile bağımlılık ilişkili

bulunmuştur. Örneğin, sorunlu ve patolojik kumar oynama ile sürekli oyunlar arasında güçlü ilişkiler bulunurken süresiz oyunlar arasında zayıf ilişkiler bulunmuştur. Ayrıca, patolojik ve sorunlu kumar oynayan kişilerin, yalnızca şans veya yalnızca beceri faktörüne dayalı oyunlar yerine genellikle her iki faktöründe bir arada bulunduğu oyunlarını tercih ettikleri görülmüştür. Bunlara ek olarak, birden fazla kumar türüne katılım sağlama ile kumarbaz tipleri arasında ilişki bulunmuştur. Kumar sorunu yaşayan kişiler, kumar sorunu olmayan kişilere göre daha çeşitli tür ve yöntemlere katılım sağlarlar. Gooding ve Williams'ın (2023) çalışmasında dört veya daha fazla kumar türüne katılan kişilerin çoğunluğu sorunlu kumarbaz kategorisindedir (Gooding ve Williams, 2023; Yavuz, 2020; Browne vd., 2020; DDK, 2014; Duvarcı, 1998). Katılımın kapsamı veya sıklığının sorunlu kumar oynamayla daha güçlü bir ilişkiye sahip olmasına rağmen, genel olarak çevrimiçi olarak oynanan canlı spor bahislerinin ve 15 yaş üzeri için kumarhanede oynanan elektronik kumar makineleri ve slot oyunlarının kumar bağımlılığında ek risk oluşturduğu görülmüştür (Gooding ve Williams, 2023). Çevrimiçi kumar platformlarının canlı, sanal ve simülasyon bahisler, interaktif deneyimler sunan kumar oyunları çok çeşitli oyun kartelası arasında yer alan çeşitlidir ve gelişmiş grafik özelliklerle bireysel dinamiklere uygun bu oyunlar, çevrimdışı kumara kıyasla daha çekici ve sürükleyici deneyimler yaşama fırsatı sunar (McCormack ve Griffiths, 2012). İnternet üzerinden sunulan kumar oyunlarının çeşitliliği, fiziksel kumarhanelerin sunabileceğinden çok daha fazla olmakla birlikte basitten zora her türden oyunun, yönergelere sahip olması ve herkese hitap eden vaziyette oynama fırsatı da tayin etmesi de yapısal ayrışmaya örnektir. Çevrimiçi kumarın bir başka özelliği ise, aynı zamanda birden fazla oyun türünü oynama fırsatı sunmasıdır ve bu sayede hızı ve yapısı nedeniyle süresiz oyunları da sürekli hale getirebilmektedir (Frisone vd., 2020). Çevrimiçi kumarbazların kumarın her türüne katılım sıklığı çevrimdışı kumarbazlardan daha fazla olması muhtemeldir (Wood ve Williams, 2011). Bununla birlikte internette kumarın açık ara en popüler olduğu oyun türü spor başta olmak üzere hem beceri hem de şans faktörüne dayanan bahis oyunlarıdır. Bu oyunları da poker, slot, rulet vb. oyunlar takip etmektedir (Tomei vd., 2022; Zhang vd., 2018; Wood ve Williams, 2011; Griffiths vd., 2009). Ayrıca, yetişkin sorunlu kumarbaz örneklemini içeren çalışmalarda çevrimdışı koşulda yoğunlukla slot makinelerinin tercih edildiği görülürken bu durum

çevrimiçi kumarda spor bahisleri üzerine yoğunlaşmaktadır (López-Torres vd., 2021). Spesifik olarak tercih edilen oyunların yanı sıra birden fazla kumar oyunu türünü oynamak ve kumar sıklığının sorunlu kumarla ilişkilendirdiği bilinmektedir ve çevrimiçi kumarın etkisi buradaki artışla gözlenmektedir (Pallesen vd., 2021). Ancak, tam aksinin gözlemlendiği çalışmalar da mevcuttur. Tomei ve diğerlerinin çalışmasında (2022), çevrimdışı kumarbazların, çevrimiçi kumarbazlara kıyasla daha çeşitli kumar türlerine katılımı gözlenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre çevrimdışı kumarbazların yaklaşık %44'ünün ve çevrimiçi kumarbazların ise %15'inin üç farklı türde veya daha fazla oyun oynadığı rapor edilmiştir. Kısacası, her iki koşulda da oyun türü aracı rolü ile izlenmiş olup sorunlu kumarbazlar, sorunsuz kumarbazlara kıyasla, üç veya daha fazla farklı oyun türüne daha sık bahis oynadığı rapor edilmiştir (Tomei vd., 2022). Çevrimiçi ortamın bir diğer etkisi ise oyun benzeri kumar ve kumar benzeri oyun fırsatlarını sunmasıdır. Sosyal kumarhane oyunları olarak adlandırılan bu tür, oyun deneyimini geliştirmek, devam eden oyuna teşvik etmek ve bireylere kolayca erişilebilen bir oyun deneyimi sağlamak üzere tasarlanmıştır. Kolay erişimi, herkese hitap eden oyun çeşitleri ve oyun katılımının kolaylığı gibi durumlar kişinin kumar davranışının başlamasında ve sürmesindeki risk faktörleri arasındadır. Bu durum kumar katılımı olmayan kişilerin kumar katılımlarına zemin hazırlamakla birlikte yasal düzenlemelerde kumar faaliyeti olarak adlandırılmaması nedeniyle savunmasız nüfus için (gençler, işsizler vb.) ek risk oluşturmaktadır (Derevensky ve Gainsbury, 2016). KOB tedavisi gören çevrimiçi kumarbazların, bu ücretsiz oyunlara katılımı gözlenmiştir, bu durum madde bağımlılıklarındaki ikame madde alımı davranışı ile benzer özellik göstermektedir. Katılımcıların %86,1'i bu ücretsiz oyunlara katılım sağlamıştır. Çevrimiçi kumar oyunları ile karşılaştırıldığında, kumar benzeri oyunların daha az bağımlılık yarattığını belirtmiş olup, %27,8'i ise sanal paranın kendilerini gerçek parayla kumar oynamaya teşvik ettiğini bildirmiştir. Bu uygulamalara katılım Facebook uygulaması (%47,2) veya akıllı telefon uygulaması (%55,6) ile kolayca erişilebilir konumdadır (Zhang vd., 2018). Yine, çevrimiçi kumarın yapısıyla ilişkili olarak hali hazırda bağımlılık yapıcı etkisi yüksek olduğu bilinen elektronik kumar makinelerine yeni bir soluk gelmiştir. İnternet kumar oyununun yapısından kaynaklanan ara yüzü ve algoritması kapsamında ‘*kazanç olarak gizlenen kayıplar*’ kavramı ortaya çıkmıştır. Bu durum şöyle açıklanır: elektronik oyun makineleri (slot,

meyve, piyango terminali vb.) birden fazla ödeme hattında bahis oynama fırsatları sunar ve herhangi bir hattaki kazanç kombinasyonu görsel-işitsel uyaranlardan oluşan bir kutlama etkinliğiyle birleştirilen bir ödemeyi tetikler. Bazı durumlarda kazancın boyutu, spinin bahis miktarından daha az olabilir ve bu da o spin için net bir kazanç yerine net bir kayıpla sonuçlanabilir. Bu sonuç 'kazanc kılığına girmiş kayıplar' olarak ifade edilir. Bu durumun ortaya çıkardığı olumsuz etki ise kişilerin normal bir oyuna kıyasla bahse devam etme olasılığını arttırmaya devam etmesiyle açıklanır ve zaman içerisinde kumar sorunlarının gelişimine yol açarak patolojik kumarda etiyolojik bir rol oynar (Gooding ve Williams, 2023; Leino vd., 2016). Tüm bu kumar oyun türlerinin tercih nedenlerine bakıldığında ise, loto ve bingo gibi süresiz oyunlarla kıyaslandığında, kart oyunları, kumarhane oyunları, spor ve yarış bahislerinin sosyal ve meydan okuma nedenleri ile tercih edildiği, elektronik kumar makinelerinin ise başa çıkma nedeniyle oynandığı görülmüştür (Sundqvist vd., 2016).

*Ödeme Yöntemleri:* Çevrimdışı kumardan ayrışan ve çevrimiçi kumara ait etiyolojide rol oynayan bir diğere yapısal faktör ise ödeme seçenekleridir (Tomei vd., 2022; Zhang vd., 2018; Derevensky ve Gainsbury, 2016; Hing vd., 2015; McCormack ve Griffiths, 2012). Çevrimiçi platformlarda nakit para yerine çeşitli dijital para birimleri (sanal, kripto vb.) ve kredi kullanımı yaygındır. Bu durum da harcamaların ve kayıpların gerçekliğini azaltarak, daha çok kumar oynama ve harcama yapma eğilimini güçlendirir. Kişilerin harcamaları hakkında karar verme süreçlerini etkiler ve bağımlılıkta daha fazla risk oluşturur (Hing vd., 2015). Dijital paranın gerçeklikten ayrışma hissi ile psikolojik değerinin düşük oluşu, KOB'a sahip kişilerde sıklıkla görülen "kayıpları kovalama" davranışına doğrudan etki gösterdiği görülmüştür (McCormack ve Griffiths, 2012). Ayrıca, sanal para kullanımı riske girilmediği yanılgısı yaratarak bağımlılık için potansiyel bir risk olarak görülmektedir (Zhang vd., 2018; Derevensky ve Gainsbury, 2016). Dahası, çevrimiçi kumar geleneksel kumardan farklı olarak, promosyonlar sunar. Benzer şekilde, legal ve illegal faaliyet gösteren çok çeşitli platformlar arasında rekabetçi fiyatlar sunulur. Bu yenilikler de kişilerin kumar oyunlarına teşvik edilmesi ile ilişkilidir. Kumarbazların ise daha fazla kumar oynama isteğini arttırdığı görülmüştür. Bu seçeneklerin sonucu olarak önemli miktarda finansal kayıplar ve borç yükü meydana gelmektedir (Hing vd., 2015; McCormack ve Griffiths, 2012). İnternet kumarının kontrolün bozulmasına en sık yol

açtığı yönleri, dijital para kullanımı, krediye erişimdir (Hing vd., 2015). Yapılan çalışmaların bulgularına bakıldığında ödeme şeklinin özellikle kredi kartı ve nakit kullanımının sorunlu kumar oynamayla önemli ölçüde ilişkili olduğu görülmüştür (Tomei vd., 2022). Bununla birlikte, çevrimiçi kumarbazlar genellikle banka havalesi ya da üçüncü bir tarafın dahil olduğu nakit aktarımını kullandıklarını bildirmişlerdir (Zhang vd., 2018). Son olarak, şaşırtıcı olmayan biçimde patolojik kumarbazların sosyal kumarbazlara oranla daha çok kumar harcaması yaptığı bilinmekle birlikte, kumar borçları ve kumarbaz tipi (sosyal, sorunlu, patolojik) arasında bir fark gözlenmemiştir (Tomei vd., 2022).

### ***Pazarlama Etkisi: Medya ve Reklam Maruziyeti***

Kumar operatörlerinin kumar oyunlarını hem mevcut hem de potansiyel kumarbazlarla doğrudan etkileşimde bulunmak amacıyla özellikle internet ortamında sosyal medya ve diğer dijital platformlar aracılığıyla promosyonlar ve reklamlar vasıtasıyla agresif bir şekilde pazarlamaktadır (Sirola vd., 2021; Hing vd., 2015; Lee vd., 2008). Reklam ve pazarlama faaliyetlerine maruz kalma, tüm bireyleri etkilemekle birlikte, özellikle risk altındaki kumarbazlar ve ergenler olmak üzere savunmasız bireyler üzerinde etkili olarak kumar oynamaya yönlendirmekte ve kumar davranışını alevlendirmektedir (Delfabbro vd., 2016). Yapılan çalışmalarda, e-posta yoluyla gelen tekliflerin veya görülen reklamların kişileri teşvik ettiği ve planladıklarından daha fazla kumar harcaması yapmalarına ve daha sık oynamalarına sebep olduğu görülmüştür (Hing vd., 2015). Lee ve diğerlerinin (2008) tüm bu etkileri incelediği araştırmada şu çeşitli sonuçlar ortaya çıkmıştır. Kitle iletişim araçlarına, özellikle de kumarla ilgili reklamlara maruz kalma, kumarla ilgili tutumları, inançlarını ve davranışlarını etkilemektedir. Ancak, bu olumlu tutumların rolünü kesitsel araştırmalarla saptamak yeterli değildir ve boylamsal araştırmalar yol gösterici olacaktır. Bir diğer bulgu ise aşırı maruz kalmanın rahatsızlık yaratarak kumar oynamaya ilgi kaybının oluşmasıdır. Özetle, medyaya maruz kalma, kumar tutumları ve davranışları üzerinde hem olumlu hem de olumsuz etkiler göstermektedir.

### ***Anonimlik***

Çevrimiçi kumar fırsatlarından biri olarak karşımıza çıkan anonimlik kavramı, kişilerin gerçek kimliğini gizleme suretiyle oyuna katılımıdır. Anonimlik sayesinde

kişiler, başkalarıyla etkileşim kurmadan, sosyal baskılardan ve damgalanmadan uzak bir şekilde kolayca kumara katılım sağlayabilir (McCormack ve Griffiths, 2012). Sorunlu kumarbazlarla yapılan bir çalışmada, anonimliğin yalnız doğasının artırılmış mahremiyet sağlaması ve sosyal kontrol mekanizmalarının görünür olmaması sebebiyle, kontrolü kaybetme ile ilişkilendirilmiş olup internetteki kumar oynama kapasitesindeki artış (daha uzun süren kumar oturumları) ve daha fazla oyun türüne katılma ve daha yüksek kumar harcamaları ile izlenmektedir (Hing vd., 2015). Dahası, bu gizlilik kumarbazları katılıma teşvik etmekle birlikte, özellikle kadınlar ve reşit olmayan kişiler için kumar oynama motivasyonlarını arttıran bir faktördür ve KOB etiolojisinde demografik özelliklerinin değişimine katkı sunmaktadır (Sirola vd., 2021; McCormack ve Griffiths, 2012). Geleneksel çevrimdışı kumarda nadir rastlanan bu faktör, çevrimiçi kumarda kimlik doğrulama süreçlerindeki yetersizlikler ve çifte standartla karakterizedir. Çok çeşitli (legal-illegal) çevrimiçi kumar platformlarında, kullanıcıların hesap açma ve para yatırma işlemleri veya kazançlarını çekme süreçleri esnasında kimlik doğrulaması gerekmeyebilir. Gerektiği durumlarda ise sistemi yanıltmak ve bir başkası adına işlem yapmak oldukça kolaydır. Bu durum, kimliğini gizlemek isteyen kişilerin özellikle reşit olmayanlar için katılıma yol açmaktadır. Kısacası anonimlik, tüm bu kolaylaştırıcı etkileri ile hem yaygınlığı hem genel kumar katılımını hem de bağımlılık riskini arttıran ve KOB'un etiolojisinde önemli rol oynayan yapısal faktörlerdendir. Bununla birlikte, özellikle sosyal açıdan dezavantajlı gruplar, kadınlar ve reşit olmayan kişiler için ek risk oluşturmaktadır (Dixon vd., 2016; Hing vd., 2015; McCormack ve Griffiths, 2012; Jackson vd., 2008).

### ***Çevrimiçi Kumarın Yalnız Doğası ve Kumar Toplulukları***

Geleneksel kumarda toplu oyunlar ve tekil oyun oynama tercihleri mümkündür ve kişiler sosyal ağını bu çerçevede şekillendirebilir ancak çevrimiçi kumar doğası gereği gerçek sosyalleşmeye izin vermez. Çevrimiçi kumarda alternatif olarak internetteki kumar toplulukları gruplarına katılım sağlama ile sosyalleşmek mümkündür. Sirola ve diğerlerinin araştırmasında (2021), yalnızlık ve kumar topluluklarının kumar bağımlılığındaki etiolojik rolüne değinilmiştir. Yalnızlık ile ilgili çift yönlü bir durum bulunmaktadır: kişiler yalnızlıklarını gidermek, sıkıntıdan kurtulmak için oynamaya başlayabilir ve bu izole ortam bağımlılık gelişimine zemin

hazırlayabilir. Diğer bir durum ise, çeşitli sebeplerle a) fiziksel olarak sosyalleşme eğilimi düşük veya asosyal b) yeterli vakte sahip olmayan c) sosyal kabul veya tahmin desteği almak veya sosyal etkileşim sağlamak amacıyla kişilerin kumar topluluklarına katılımıdır. Bu toplulukların, etiyojideki rolü karmaşıktır. Kumar toplulukları, genellikle bireyin yalnızlık hissini azaltır ve sosyal destek ağını güçlendirir. Benzer şekilde, benzer ilgi alanına sahip kişilerle bir arada olmak aidiyet ve kimlik oluşturma kavramlarını güçlendirerek sosyo-duygusal destek sağlayabilir ve patolojik kumar davranışlarını normalleştirerek bağımlılığa katkıda bulunabilir. Öte yandan, sosyal kumarbazları oyuna teşvik ederek kumar oynama eğilimini artırabilir (Sirola vd., 2021).

Özetle, tüm bu yapısal faktörlerin kumar oynama bozukluğundaki etkileri özellikle çevrimiçi kumarın yer ve zamandan bağımsız oluşu, istenilen vakitte kolaylıkla erişimin mümkün olması, oyun çeşitliliği, anonimliğe ve nakitsiz ödemeye izin vermesi ve düşük ödeme fırsatları ile çevrimdışı kumardan daha fazla gözlenmektedir (López-Torres vd., 2021; BMYK, 2019). Çevrimiçi kumarın bu imkanları sayesinde ödül daha hızlı alınır ve dolayısıyla bağımlılık potansiyeline katkıda bulunur (López-Torres vd., 2021). Çevrimiçi kumarın çevrimdışı kumara oranla daha bağımlılık yapıcı olduğu bulgularla tutarlıdır (Pallesen vd., 2021; Chóliz, 2015; McCormack ve Griffiths, 2012). Çevrimiçi kumarın faaliyet çokluğu nedeniyle kumar katılım sıklığı çevrimdışından daha yüksektir (Tomei vd., 2022). Her iki koşulda kumar oynayan kumarbazların karşılaştırıldığı çalışmalarda ise risk altındaki veya sorunlu kumarbazların, sorunsuz kumarbazlara göre daha yüksek oranlarda çevrimiçi oynadığını gözlenmiştir (Tomei vd., 2022; Griffiths, vd., 2011). Çevrimiçi kumarda kumarla ilgili sorunların daha yaygın olduğu görülür (Pallesen vd., 2021; Effertz vd., 2018; Baggio vd., 2017; Philander ve MacKay, 2014; Griffiths vd., 2009). Ancak bu sorunların yaygınlığının patolojik kumarbaz olma koşulunun yanı sıra çevrimdışına göre çok sayıda kumar faaliyetine dahil olmanın, daha yüksek harcama ile zararın büyümesine katkı sunması gerekçesiyle ilişkilendirilmiştir (Baggio vd., 2017). Yapılan araştırmaların sonuçlarına göre "Çevrimiçi kumarbaz" olmak, daha yüksek "sorunlu kumar oynama" olasılığıyla ilişkilendirilmiş olup bu etkinin yalnızca yapısal özelliklere dayanmadığı görülmüştür. Örneğin, sorunlu ve patolojik kumarbazlardan oluşan örnekleme çevrimiçi ve çevrimdışı rolün etkisi

karşılaştırılmış ve bağımlılık gelişiminde farkın sabit olmadığı rapor edilmiştir (Effertz vd., 2018). Patolojik kumarbazlar arasında çevrimiçi ve çevrimdışı kumar alışkanlıklarının farklı olduğu kesin olarak saptanmış ancak oynama sıklıkları ve bağımlılık düzeyleri arasında net bir fark bulunamamıştır (Zhang vd., 2018). Çevrimiçi kumara yönlendiren fırsatların daha teşvik edici olduğu görülmekle birlikte, tam aksine engelleyen ve çevrimdışı kumarın tercih edilmesine neden olan durumlar ise McCormack ve Griffiths'in araştırmasında (2012) aktarılmıştır. Bunlar: kumarın sanal ortamda otantikliğinin azalması, gerçek parayla oynama tatminini vermemesi, sosyallikten uzak olma veya yalnız kalma ve çevrimiçi kumar sitelerinin güvenliğinden emin olamamadır. Bu nedenlerle katılımcılar çevrimiçi kumardan kaçındığını ve çevrimdışı kumarı tercih ettiklerini belirtmiştir McCormack, A., & Griffiths, M. D. (2012).

#### 1.4.4.3. Yasal ve Politik Faktörler

Kumar bağımlılığının etiolojisinde rol oynayan yasal ve politik faktörler diğer çevresel faktörlerle çift yönlü etkileşim halindedir. Kumarın yasal statüsüne bakıldığında kumarla ilişkili politikalar, kanunlar ve düzenlemeler kumar oynama alışkanlıkları üzerinde etkilidir. Kumarla ilişkili düzenlemeler, oynanma şekli, türü ve mekânı üzerinde yaptırıma sahip olup mevcudiyetini belirler. Yine bu düzenlemeler, belirli kısıtlamalar yoluyla gerçekleştiğinde kumarın etkilerini azaltıcı rol alabilir. Kumarın yasal anlamda erişilebilir olduğu toplumlarda, çeşitliliğin fazla olması kumar oynama olasılığını arttırabilir. Tam tersi durumunda ise maruziyet azalarak olasılık düşebilir. Benzer şekilde, kumar vergiler veya kuruluşların ödenekleri yoluyla hükümetlerin önemli gelir kaynağını oluşturabilir. Kumardan sağlanan gelir ülke kaynakları için önemli bir yer kaplıyorsa kumarla ilgili teşvik de artabilir ve dolayısıyla kumar davranışı ve bağımlılıklar da artış gösterebilir. Kısaca, yasal statünün etkisinin kumar yasalarının katı ve caydırıcı olduğu ülkelerde kumar oynamak daha zor olabileceğinden, katı biçimde kısıtlamaların olmadığı veya esnek olduğu senaryoda teşvik edici rol alması ve kumarın sosyal kabulünü arttırarak bağımlılığın yayılmasına katkıda bulunması ihtimaller arasındadır. Toplumsal normların yasal durumu etkilemesi de mümkündür. Yasal ve politik faktörler genellikle paralel ilerlemektedir. Hükümet politikaları, politik liderler ve siyasi

partilerin kumar hakkındaki tutumları mevcut kumar düzeni ve endüstrisini şekillendirebilir ve kamu sağlığı çalışmalarının yönetimine katkı sunabilir. Burada önemli bir tartışma noktası hukuk sisteminin diğer faktörlerle olan ilişkisinin niteliği ve ayrıca kumarın yasal kapsamının değerlendirilmesidir. Hangi türlerin dahil olduğu, kumar sağlayıcısının doğası, erişim yolları tanımının netliği bu anlamda oluşacak yasal boşlukların önüne geçerek, kumar profilini belirleyip bağımlılığa katkıyı daha görünür kılacaktır. Bununla birlikte, çevrimiçi kumarın servis edildiği günden bu yana hızla genişlemesiyle karşı karşıya kalan dünya çapında yargı mercileri, çevrimiçi kumarı düzenlemek için mevzuat geliştirmektedir (Tomei vd., 2022). Türkiye’de kumar yasal olmasa da kumarhaneler 1998’de çevrimiçi kumar ise 2006’da yasaklanmıştır ancak yasal olarak bazı kumar oyunları (bahis ve piyango) çevrimiçi ve çevrimdışı olarak devlet denetiminde oynatılmaktadır. Kısaca, yukarıda belirtilen durumlar, kumarın yasal olduğu durumlarda ortaya çıkabilir ve böylelikle patolojik kumara katkı sunabilir ancak burada yasa dışı bahis kavramına da değinmek gerekir. Özellikle çevrimiçi anlamda sürekli devinim halinde ortaya çıkan yasa dışı bahis azımsanmayacak kadar yaygındır ve yasal denetime tabii olmadığı için kişilerin anonim kalması mümkündür ve örneğin reşit olmayan kişilerin katılımı gibi durumların gerçekleşmesi oldukça kolaylaşır ve risk taşır. Yasa dışı kumara karşı denetleme güçlükleri ve bu anlamdaki yaptırımların uygulanma hızı ve caydırıcılığı yine kumar bağımlılığıyla ilişkilidir (Yeşilay, 2022; MPI, 2022; Aydın, 2021; Şahin, 2019; Babayiğit, 2018; Williams vd., 2017; DDK, 2014; Winters vd., 2002; Langhinrichsen-Rohling vd., 2004; Duvarcı, 1998).

#### **1.4.5. Patolojik Kumarbazların Profili: Kumar Oynama Bozukluğunda Sosyo-Demografik Özellikler**

Sosyodemografik özelliklere bakıldığında çeşitli yaş, cinsiyet, etnik köken, eğitim seviyesi, medeni durum, ekonomik düzey ve sosyal ve mesleki statü profillerinde kumar oynama davranışı gözlenmektedir. Ancak bununla birlikte, KOB’un etiyolojisinde çeşitli demografik özellikler belirgindir. Davranışın seyri ve bağımlılık gelişim riski bireyin kumar oynama nedenleri, kumar alışkanlıkları ve oyun tercihi bu çerçevede şekillenir ve belirli demografik gruplar patolojiye daha yatkın olabilir (Ashley ve Boehlke, 2012; Wechsler vd., 1997). Bununla birlikte yapılan

karşılaştırmalı çalışmaların bulguları ışığında, geleneksel kumar ve çevrimiçi kumar oynama etkinlikleri arasında çeşitli sosyodemografik farklılıklar gözlenmiştir (Zhang vd., 2018; Effertz vd., 2018; Griffiths vd., 2009). Bütünüyle bakıldığında, çevrimiçi kumarbazların, çevrimdışı kumarbazlara oranla, kumarla ilgili daha fazla sorun yaşadığını gösteren bulgular çoğunluktadır (Pallesen vd., 2021; Baggio vd., 2017; Griffiths vd., 2009). Bununla birlikte, Philander ve MacKay'ın çalışmasında (2014), kumar sorunlarına ilişkin bu çoğunluğun kumar etkinliğinin kontrol altına alındığı koşullarda tersine bir ilişki gösterdiği de rapor edilmiştir.

Cinsiyet ile ilgili literatür bulguları göz önüne alındığında hem çevrimiçi hem de çevrimdışı kumara ilişkin yapılan araştırmaların neredeyse tamamında, patolojik kumarın erkek egemen bir sorun olduğu görülmektedir (López-Torres vd., 2021; Pallesen vd., 2021; Effertz vd., 2018; Wood ve Williams, 2011; Griffiths vd., 2011; Griffiths vd., 2009). Günümüzde halen erkek cinsiyetinin kumar katılımı oranlarının çoğunluğu kapsamının yanı sıra cinsiyetteki bu homojenlik, kadınların da giderek kumar katılımının artmasıyla daha heterojen bir hal almıştır (Ashley ve Boehlke, 2012; Shaffer vd., 1999). Kumar katılımındaki bu artış, çevrimiçi kumarın doğası ve değişen çağın katkılarıyla kadın cinsiyetinin kimliği gizli tutma, sosyal kabul ve kolay erişim gibi çeşitli yapısal faktörler vasıtasıyla gözlenmiştir. Ancak, kadın katılımının nispeten güncel olması nedeniyle, kumar gelişimine etki eden potansiyel cinsiyet farkları arasındaki araştırmalar sınırlıdır (Slutske vd., 2010). Kumarın ciddiyeti açısından kadınların erkeklere oranla daha çok sosyal veya sorunsuz kumar oynadıkları (Frisone vd., 2020) ve bir erkeğin, sorunlu kumarbaz olarak sınıflandırılma ihtimali bir kadına göre 1,9 kat (Welte vd., 2006), patolojik kumarbaz olarak sınıflandırılma olasılığı 5 kat, risk altındaki kumarbaz olarak sınıflandırılma olasılığı ise 2,5 kat (Hardoon vd., 2004) ve çevrimiçi kumar katılımının 3 kat (Griffiths vd., 2009) yüksek olduğu gözlenmiştir. Araştırmalar cinsiyetin kumara yönelik risk faktörü olduğunu gösterse de patolojik kumarı doğrudan etkileyen bir moderatör olmadığı düşünülmektedir (Shaffer ve Martin, 2011). Bu çerçevede, kumarla ilişkili durumlarda cinsiyet farklılıklarına bakıldığında erkeklerde patolojik kumar başlangıcının daha genç yaşlarda görüldüğü, kadınların erkeklere göre daha geç kumar oynamaya başladıkları ve bu nedenle kısa bir seyir izlediği ancak kadınların erkeklerden daha hızlı kumar sorunları geliştirdikleri gözlenmiştir. Buna ek olarak, patolojik kumarbaz kadınların

erken tedavi arayışı içinde oldukları görülmüştür (Black vd., 2013; Shaffer ve Martin, 2011). Dahası, cinsiyetin kumar katılım çeşitliliğine katkısının minimal etkiye sahip olduğu (Shaffer ve Martin, 2011) düşünülse de yapılan çalışmaların bulguları hem çevrimiçi hem de çevrimdışı kumar etkinliğinde, oyun tercihi için kadınlarda şans oyunları (bingo, piyango vb.) ve erkeklerde hem beceri hem şans oyunlarına (spor bahisleri, yarış bahisleri vb.) katılım (Wood ve Williams, 2011), oynama nedenleri için kadınlarda kaçış ve erkeklerde aksiyon, bilişsel çarpıtmaların varlığına bakıldığında ise kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğu ve kişiselleştirmeyi erkeklerden daha çok kullandıkları gözlenmiştir (Delfabbro ve Winefeld, 2000). Ek olarak, kumarla ilgili sorunlarda başa çıkma stratejilerinin, erkeklerde daha çok duygu odaklı olduğu, kadınlarda belirgin bir farklılığın olmadığı (Bergevin vd., 2006) gibi genel oranlar açısından çeşitli farklar gözlenmiştir.

Yaş ile ilgili literatür bulguları göz önüne alındığında genellikle yetişkinlere yönelik bir etkinlik olarak görülen kumar oynama davranışı, yetişkinlerde, yaşlılarda ve hatta çocuklarda görülür. Benzer şekilde, kumara ilişkin sorunlar ve KOB her yaşta gözlenir (Floros, 2018; Derevensky ve Gainsbury, 2016; Medeiros vd., 2015). Bununla birlikte, genç yetişkinlerin kumar katılımları yaşlı popülasyonuna oranla daha fazla olduğu (Welte vd., 2006) ve kumar risk düzeyi göz önüne alındığında genç bireylerin, yaşlı katılımcılara göre daha sık kumar oynadıkları (Sundqvist vd., 2016) gözlenmiştir. Çevrimiçi kumar oynama davranışına bakıldığında yaşlılara oranla gençlerin katılım oranları ve yaş küçüldükçe kumar oynama sıklığındaki artış çevrimdışı kumarla benzerdir (Pallesen vd., 2021). Örneklemin çoğunluğunu genç yetişkinlerin oluşturduğu bir çalışmada, hayatlarının herhangi bir döneminde internet üzerinden kumar/bahis oynama oranı %32,8 bulunmuştur (Karaibrahimoğlu vd., 2021). Griffiths ve diğerlerinin çalışmasında (2009), çevrimiçi kumar oynayan örneklemin %55'in 34 yaşından küçük olduğu ve yaş büyüdükçe kumar yaygınlığının azaldığı gözlenmiştir. Çevrimdışı kumara kıyasla çevrimiçi kumar oynama koşulunda genç yaşta olmak, sorunlu kumarbaz olma olasılığını arttıran belirleyici bir faktördür (Effertz vd., 2018; Wood ve Williams, 2011; Griffiths vd., 2009). Bununla birlikte, yaşa bağlı olarak kumar oynama nedenlerinde farklılıklar gözlenmiştir. Yaş küçüldükçe başa çıkmak için oynamanın arttığı ve erkek ve genç katılımcılarda daha çok meydan okumak için oynama davranışı gözlenmiştir (Sundqvist vd., 2016). Yine bir başka çalışmada genç

yetişkinlerin, %43,2 para kazanma, %41,1 eğlence %15,2 macera tutkusu nedenleriyle kumar oynadıkları görülmüştür (Karaibrahimoğlu vd., 2021). Ayrıca, yaşın KOB'daki bir diğer önemli rolüne bakıldığında, çocukluk ve ergenlik dönemlerini kapsayan erken dönemde başlayan kumar öyküsü veya kumara genç yaşta maruz kalma, yetişkinlikteki patoloji gelişimi üzerinde etkili olmakta ve kumara bağlı problemlerin gelişme olasılığını yükseltmektedir (Shaffer vd., 1999a). Kısaca, erken başlangıç yaşı kumar davranışının seyri üzerinde etkilidir (Shaffer ve Martin, 2011). Geriye dönük araştırma sonuçlarına bakıldığında, kumar başlangıcındaki yüksek kazanç veya kayıpların KOB'un etiyolojisinde rol oynamasının yanı sıra bu durumla erken dönemde karşılaşıldığında yatkınlığın arttırdığı görülmüştür. Dahası, erken dönemdeki küçük kazançların da kumar üzerindeki kontrol yanılımasını geliştirerek ilerideki kumar üzerindeki kontrol güçlüklerini yordayabilir (Sharpe, 2002). Ayrıca, yaş faktörünün kumar oyunu tercihindeki etkisinin gençlerde kumarhane oyunları, keno, spor ve yarış bahisleri; yaşlılarda piyango türleri ve bingo ve ergenlerde elektronik kumar oyunları ile diğer demografik özelliklere baskın şekilde farklılaştığı gözlenmiştir (Australia, 2005).

Medeni durumun çevrimiçi kumar üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalara bakıldığında Pallesen ve diğerlerinin çalışması (2021), medeni halin çevrimiçi kumar oynama davranışı veya kumar oynama sıklığı üzerinde önemli bir etkisi olmadığını öne sürerken, Griffiths ve diğerleri (2011) tarafından yapılan bir diğer araştırma, hem çevrimiçi hem de çevrimdışı kumar oynama ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu, çevrimiçi kumar katılımında en fazla bekar ve en az dul bireyler ve çevrimdışı kumar oynama için en yüksek ayrılmış/boşanmış ve en düşük bekar bireyler olarak belirtilmiştir. Benzer şekilde, Griffiths ve diğerleri (2009) bekarların çevrimiçi kumar oynamaya daha meyilli olduğunu, bu karşın, Wood ve Williams (2011) ise internet kumarbazlarının genellikle evli veya nikahsız birlikte yaşayanlar olduğunu ve bir başka çalışmada ise boşanmış veya ayrı yaşayan bireylerin kumar oynama olasılığının daha yüksek olduğunu rapor edilmiştir (Effertz vd., 2018). Bu çeşitli araştırma bulguları karmaşık yapıda olduğu görülmektedir ve etkisinin örneklem büyüklüğü, sosyo-kültür farklılıkları gibi faktörlere göre değişiklik gösterdiği düşünülmektedir.

Çocuk sayısı ve kumarla ilgili çok bilgi bulunmamakla birlikte, Pallesen ve diğerlerinin çalışmasında (2021), üç veya daha fazla çocuk sahibi olan kimselerin,

çocuk sahibi olmayan kişilere oranla kumar katılımı risklerinin daha minimal seyrettiği görülmüştür.

Gelir düzeyi ve çevrimiçi kumar ilişkisini inceleyen çalışmalara bakıldığında ise çeşitli bulgulara rastlanmaktadır. Wood ve Williams'ın çalışmasında (2021), düşük gelirlili bireylerin kumar katılımının daha yüksek olduğu görülmüştür. Benzer şekilde, Pallesen vd. çalışmasında (2021), tam zamanlı çalışan ve sabit gelire sahip olan kişilere kıyasla, daha düşük gelire sahip olduğu düşünülen işsizlik ödeneği alanlar, engelli maaşı alanlar, ev hanımları ve emeklilerin kumar etkinliğine katılım sıklıkları daha yüksektir. Ancak, tüm bulgular düşük gelirle tutarlı değildir, hem yüksek gelirlili kişilerin daha çok kumar katılımını gösteren hem de gelir düzeyinin çevrimiçi kumarla anlamlı bir ilişkisi olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Başka bir perspektifle, kumar katılımında toplam hane gelirine ve borcuna bakıldığında gelir çevrimiçi kumar oynamayla ilişkili görülürken, borçla ilişkili bulunmamıştır (Wood ve Williams, 2011). Bu sonuçlar, belirli sosyal ve ekonomik koşulların çevrimiçi kumar oynama davranışları üzerinde bir etkiye sahip olabileceğini gösterse de karmaşık ve çok boyutlu yapısından ötürü tutarlılık göstermez. Bu nedenle, gelirin diğer etiyolojik faktörlerle olan rolüne odaklanılması ve detaylı araştırmalar yapılmasında fayda görülmektedir.

Meslek ve çevrimiçi kumar ilişkisini inceleyen çalışmalara bakıldığında, mesleğin getirisi olarak çalışma saatleri, çalışma rutinleriyle ilgili çeşitli bulgulara rastlanmaktadır ancak mesleğin burada etkisi gelir düzeyinde olduğu gibi daha çok dolaylı olarak gözlenmektedir. Pallesen ve diğerlerinin çalışmasında (2021), tam zamanlı çalışanlara oranla yarı zamanlı veya kısmi çalışanlar ve işsizlerin kumar oynama sıklıklarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgu günlük boş zaman süresiyle ilişkilendirilmiştir. Benzer bir bulgu, Effertz ve diğerlerinin çalışmasında (2018), işsizlerde görülerek boş zamanı doldurmak ve ekonomik zorluklarla ilişkilendirilmiştir. Tam aksine, Wood ve Williams'ın araştırmasında (2011) ise tam zamanlı çalışan kişilerin çevrimiçi kumarbaz popülasyonunun çoğunluğunu oluşturduğunu göstermekte ve daha çok eğlence amacıyla oynama ile ilişkilendirilmiştir. Bir başka araştırmada ise, çevrimiçi kumarbazların %48'inin yönetici pozisyonunda ve yüksek eğitimli ailelerden geldiği görülmüş olup yarı zamanlı çalışma koşulundaki meslek sahibi bireylerin daha yüksek çevrimdışı kumar aktivitesi gözlenmiştir

(Griffiths vd., 2009). Ayrıca, kumarhanede veya bahis sitesinde çalışma gibi kumar aktivitesine erişimin yüksek olduğu koşulda kumar oynama sıklığı ve ilişkili sorunlar sık görülmekle birlikte genel nüfusla karşılaştırıldığında patolojik kumarbaz olma ihtimalleri daha yüksektir. Bu durum maruz kalma ve yakınlıkla açıklanmaktadır (Guttentag, 2012; Wu ve Wong, 2008; Dangerfield, 2004; Sharpe, 2002; Shaffer vd., 1999a).

Yukarıdaki demografik özelliklerin kumar üzerindeki spesifik etkilerinden bahsedilmiştir. Özetle, bahsedilen bu demografik değişkenlerin, kumarbaz tiplerinde ortak belirginliğe sahip ve bir arada gözlemlendiği durumlara bakıldığında:

KOB tedavisi gören bir örneklemede çoğunluğun: 30 yaş altında genç, medeni durumu bekar, lise ve altı eğitim düzeyi ve aile ile yaşayan bireyler olmak üzere patolojik kumarla ilişkili anlamlı demografik özellikler rapor edilmiştir. Ayrıca, katılımcıların %12'sinin sadece çevrimiçi, %88'in hem çevrimiçi hem de çevrimdışı kumar oynadıkları görülmüştür (Zhang vd., 2018). Bir başka çalışmada ise çevrimiçi patolojik kumarbazlar, çevrimdışı patolojik kumarbazlarla kıyaslandığında çoğunlukla bekar, daha yüksek eğitim düzeyi, çalışan ve daha genç kişiler (ortalama 7-9 yıl) olduğu görülmüştür. Bununla birlikte çevrimdışı kumarbazların ailelerinde de kumar sorunu görülme olasılığı çevrimiçi koşula göre daha yüksek görülmüştür (López-Torres vd., 2021).

Klinik eşğin altında kalan ancak ciddi problemler yaşayan sorunlu kumarbazların demografik özelliklerine bakıldığında: 30 yaş altındaki, erkek, bekar, işsiz, düşük eğitim seviyesi, kumara erken yaşta başlama, üniversite çağında olma, eşlik eden sağlık sorunları (Australia, 2005), alkol ve madde tüketimi olan, kumara kolay erişimi olan veya dezavantajlı çevrede yaşayan (Effertz vd., 2018; Welte vd., 2006) bireyler tipik bir sorunlu kumarbaz profilini yansıtmaktadır (Wood ve Williams, 2011; Griffiths vd., 2011). Bununla birlikte, örnekleme hem çevrimiçi hem de çevrimdışı erkek kumarbazlardan oluşan bir çalışmada, meslek, eğitim düzeyi, aylık gelir değişkenlerinin sorunlu kumarla anlamlı bir ilişki barındırmadığı rapor edilmiştir (Tomei vd., 2022).

Kumar etkinliğine genel katılıma ve düşük riskli olarak adlandırılan sosyal kumarbazların demografik özelliklerine bakıldığında: çevrimiçi kumarbazların, çevrimdışı kumarbazlardan daha genç ve eğitilmiş, profesyonel meslekte istihdam

edilen, tam zamanlı çalışan ve evli bir kimse olma ihtimali daha yüksektir. Ayrıca, çevrimiçi kumarbazların daha yüksek miktarlarda kumar harcamaları yaptığı ve daha fazla alkol ve madde tüketimi ile çevrimdışı kumarbazlardan farklılaştığı gözlenmiştir (Pallesen vd., 2021; Effertz vd., 2018; Wood ve Williams, 2011; Griffiths vd., 2011; Griffiths vd., 2009).

Ayrıca, spesifik bir demografik özellikten bağımsız olarak, kumarbaz düzeylerinde bilişsel çarpıtmaların varlığına bakıldığında, galibiyet veya kayıp oranları arasında fark bulunmamış olup, yüksek riskli sorunlu kumarbazların sosyal kumarbazlara oranla daha fazla bilişsel çarpıtmaya sahip olduğu görülmüştür (Delfabbro ve Winefeld, 2000). Dahası, sorunlu kumarbazların, kumar oynamayanlara kıyasla, görev odaklı ve kaçınma odaklı başa çıkma stratejilerini daha az tercih ettikleri gözlenmiştir. Bununla birlikte erkek kumarbazların sosyal, sorunlu veya patolojik kumar tipinde olmasından bağımsız olarak genellikle duygu odaklı başa çıkma stratejisinin kullandığı görülmekle birlikte kadın kumarbazlarda böyle bir farklılık gözlenmemiştir (Bergevin vd., 2006).

#### **1.4.6. Nesiller Arası Etkiler**

Kumarın nesiller arası etkileri aileden topluma uzanan, nesiller arası aktarılan davranışsal, ekonomik ve sosyal etkileşimleri ve bu etkileşimlerin sonuçlarını içermektedir. Bu aktarımlar, genetik, öğrenme, model alma, çağın getirileri ve sosyal yaşam koşullarına uyum sağlama yoluyla gerçekleşebilir. Kısaca, kişide gelişen kumar bağımlılığı bir önceki nesilden aktarılabilir veya önceki neslin kumar davranışları sonraki nesil için çeşitli olumsuz sonuçlar doğurarak yaşamsal faaliyetler (ekonomi, eğitim, sağlık vb.) üzerinde etki gösterebilir (Black vd., 2013). Aile içinde bakım veren kişiden, çocuğa uzanan aktarımlara bakıldığında bakım verende bağımlılık bir kez geliştiğinde, ebeveynlik davranışını olumsuz yönde değiştirerek gelecek nesillere optimal bakımın sağlanmama (istismarcı veya ihmalkar bakım) ihtimalini artırır. Hayvanlarda ve insanlarda, erken çocuklukta yaşanan olumsuzlukların ardından uzun süreli moleküler, nöroendokrin ve davranışsal değişiklikler meydana gelmektedir. Gelişmekte olan beyindeki erken yaşam deneyimi DA (Dopamin), OT (Oksitosin) ve GC (Glukokortikoid) sistemlerini şekillendirir. Bu modifikasyonlar, erken dönemdeki olumsuz deneyim ile bağımlılığa karşı artan duyarlılık arasındaki aracı rolü işaret eder.

Bağımlılık, nesiller arası gelişimsel bakış açısıyla incelendiğinde “bağımlılık duyarlılığı” olgusuna erken dönemde deneyimlenmiş olumsuzluklar, kronik stres maruziyeti ve nörobiyolojik işlevlerdeki değişikliklerin katkı sağladığı görülür. Bağımlı bakım verenle yetişmiş kişilerin erken dönemde deneyimlediği bu durumlar hem sosyal süreçlerde bozulma hem de bir dizi yetişkin psikiyatrik bozukluğunun habercisi olabilir. Bu durum bağımlılık tedavisinin odağını önleme çalışmalarına doğrultur. Uygun önleme ve müdahale çalışmaları yapılmadığı sürece, kısır döngü içinde sonraki nesillerde erken dönemdeki sıkıntı ve beraberinde bağımlılığın devam etmesine yol açabilir (Kim vd., 2017). Black ve diğerlerinin yaptığı çalışmada (2013), KOB’a sahip bireylerin birinci derece akrabalarında patolojik kumar oranlarının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Dahası, aynı çalışmada diğer psikiyatrik bozuklukların: majör depresif bozukluk, iki uçlu bozukluk, sosyal kaygı bozukluğu, alkol ve madde kullanım bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu oranlarının da birinci derece akrabalarda yüksek olduğu gözlenmiştir. Bir başka çalışmada ise KOB tanısı almış bireylerin birinci derece akrabalarında KOB prevalansı %20 olarak bulunmuştur (Nautiyal vd., 2017). İkizlerden oluşan örnekleme yapılan bir başka çalışmada, antisosyal kişilik bozukluğu ve KOB arasındaki örtüşmenin %66’sını ailesel faktörler tarafından açıklamaktadır ve genetik ile ilişkilendirilmiştir (Blaszczynski ve Nower, 2002). Sorunlu kumarbazların önemli bir bölümünün erken yaşlarda kumar oynamaya başladığı (Derevensky vd., 2003) ve aile geçmişi öyküsünde problemlili kumar oynayan aile üyeleri bulunduğu görülmüştür (Delfabbro vd., 2016). Kumar bağımlılığı tedavisi gören kişilerden oluşan bir başka çalışmada örneklemin %20’sinin bir başka aile üyesinin kumar ile ilgili sorunları olduğu görülmüştür (Zhang vd., 2018).

Özetle, bu örnekler ailesel geçişteki genetik yatkınlığı ve ortak etiyolojik kökenleri göstermektedir. Yapılan araştırmalar doğrultusunda, patolojik kumarın yalnızca bireysel bir sapmadan ibaret olmadığı ve hem aile hem toplumdan aktarılan karmaşık faktörlerle yayılım gösterme potansiyeline sahip bir fenomen olduğu sonucu çıkartılmaktadır.

## 1.5. ÇEVİRİMİÇİ KUMAR BAĞIMLILIĞININ EPİDEMİYOLOJİSİ

Kumar bağımlılığının epidemiyolojisi, kumarın toplumdaki yaygınlığını, risk ve koruyucu faktörlerini ve zararlı sonuçlarını kapsayan, kumarın toplum halk sağlığı üzerindeki etkin yükünü azaltmak için etkili müdahalelerin ve politikaların geliştirilmesine katkı sunan multidisipliner bir araştırma alanıdır. Kumar, birçok kültüre ve topluma yayılan binlerce yıllık geçmişe sahiptir. Çevrimiçi kumar, kumar fırsatları dünyasında nispeten güncel olsa da erişimi, kolaylığı ve çeşitliliği sayesinde geleneksel kumardan çok daha yayılmacıdır ve 1980-1990 yıllarından itibaren ticari kumar ve yıllık oyunlarda benzeri görülmemiş bir büyüme yaşamıştır. Bu hızlı yayılma ve teknolojik gelişmeler, kumara ilişkin kültürel koşulları ve politik yaptırımları sekteye uğratmıştır bir başka deyişle ‘‘internette kumar olgusu’’ gelişmiştir. Böylelikle çevrimiçi yapısıyla değişime uğrayan kumarın doğasının ve bu yeni dinamiklerinin daha iyi anlaşılması ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Bu sebeple, geleneksel kumarla ilgili çeşitli akademik araştırmalar ve yasal düzenlemelere ek olarak çevrimiçi kumarın derinlemesine araştırılması ve buna yönelik çağa ve topluma uygun düzenlemelerin yapılması ile ancak yaygınlığı ve toplumdaki yükü azaltılabilir. Çevrimiçi kumardaki bu büyüme sorunlu kumar oynama, buna bağlı hastalıklar ve kumarla ilgili diğer zararlarda önemli bir artışla ilişkilendirilmiştir. Öyle ki bu zarar yükünün, majör depresif bozukluk ve alkol kullanım bozukluğuna atfedilen zararlar benzer büyüklükte olduğu ve madde kullanım bozukluğundaki toplam zararlardan önemli ölçüde yüksek olduğu görülmüştür. Dahası, internet üzerinden oynanması vasıtasıyla oyundan kumara geçişte iki bozukluğun birlikte görülmesine de sebep olabilecek bir yakınlaşma meydana gelmiştir. Tüm bu artan etkilerinin devam etmesi ve yüksek riskli popülasyonlarda yaygınlaşması ve uzun süredir kumarın bir psikiyatrik bozukluk olarak tanınmasına rağmen, nadiren bir halk sağlığı sorunu önceliği olarak görülmüştür. Tüm bu etkiler dünya çapında gözlenmekle birlikte ülkemizdeki durum da oldukça benzerdir. Ticari kumarın ve bünyesindeki hazır çevrimiçi kumara erişiminin hem mevcut hem de gelecekteki zararlarını ve sosyal maliyetleri azaltmak için ulusal ve uluslararası düzeyde disiplinlerarası olarak halk sağlığı gündemlerine alınmasına ve kanıta dayalı politika ve önleme stratejilerinin güçlendirilmesine ve ayrıca erken müdahale ve tedavi hizmetlerinin büyük ölçüde

genişletilmesine acil bir ihtiyaç bulunmaktadır (WHO, 2024; WHO, 2017; DDK, 2014; Wood ve Williams, 2011).

### **1.5.1. Dünyada ve Türkiye’de evrimii Kumarın Sıklığı ve Yaygınlığı**

Çevrimiçi kumar, sorunlu davranış eğilimi ve küresel çapta uluslararası giderek artan yaygınlık oranları açısından düzenli olarak güncellenmesi gereken bir halk sağlığı sorunudur (WHO, 2024; Black vd., 2013). alışmalar, dünya genelinde pek çok kimsenin yaşamın bir noktasında kumar oyunlarına katıldığını ve yıllık olarak kumar oynayan kişilerin oynamayanlardan daha fazla olduğunu göstermektedir (Griffiths ve Calado, 2022).

#### ***Kumar Katılımı ve Yaşam Boyu Yaygınlık***

İngiltere’de yapılan ulusal bir çalışmada internet kumarının neredeyse hiç olmadığı 1999 yılında yapılan ilk yaygınlık araştırmasına göre yetişkin katılımcıların %8,8’inin evrimii kumarın en az bir türüne (bilgisayar, cep telefonu veya etkileşimli/dijital TV aracılığıyla) katıldığını rapor edilmiştir (Griffiths vd., 2009). Yıllar içerisinde yaygınlığın artışına örnek olarak Norveç’te yapılmış ulusal bir çalışma 2013’ten 2015’e kumarbazların büyük bir yüzdesinin evrimii kumar oyunlarına katılımlarında artış ve 2015’ten 2019’a genel popülasyonda evrimii kumar oyunlarına katılım oranlarında artış ve kumarbazların ise son bir yıl içerisinde haftalık en az bir defa kumar oyunlarına katılımı gözlenmiştir. Bu artış ise çeşitli cihazlar ile kolaylıkla ulaşımla ilişkilendirilmiştir (Palleesen vd., 2021). İsviçre’de yetişkin erkeklerle yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %62,1’inin yaşam boyu, %46,7’sinin ise geçen yıllarda en az bir defa kumar oynadığını görülmüştür. Kumara katılan bu kişilerin %76,4’ yalnızca çevrimdişi, %21,4’ hem çevrimdişi hem de evrimii ve %2,2’si yalnızca evrimii kumar oynamıştır. Ayrıca, geçen yıl kumar oynayanların %17,6’sı kumar sorunu yaşama konusunda orta düzeyde risk altındayken, %3,6’sı sorunlu kumarbaz kategorisindedir. Bu çalışmada yasal faktörlerin önemine ilişkin bir sonuç da bulunmaktadır. İsviçre Kumar Yasasının yürürlüğe girmesiyle birlikte, yetişkin erkeklerin kumar katılımlarında düşüş gözlenmiş ve %50’sinden daha azının kumar oynadığını saptanmıştır (Tomei vd., 2022). Kumara katılımı olan yetişkin nüfusun yaşamlarının bir noktasında KOB geliştirme ihtimali yaklaşık %0,2 ila 5,3

olarak gözlenmiştir (Çakmak ve Tamam, 2018; Hodgins ve Holub, 2015). Bununla birlikte, yaşam boyu kumara katılımdaki artış yetişkinlerde olduğu gibi çocuklar ve ergenlerde de çevrimiçi kumar ile birlikte son yirmi yılda önemli bir sorun haline gelmiştir (Frisone vd., 2020). Ergenler ve genç yetişkinler arasında kumar davranışını inceleyen bir çalışma, katılımcıların %2,5'unun geçen yıl internet üzerinden kumar oynadığını gözlemlemiştir. Dahası, yeni abone olmuş çevrimiçi bahisçilerinin çevrimiçi kumar hizmetine hızla uyum sağladığı ve yaygınlığın artmakta olduğu görülmüştür. Kumarın yaygınlığı ve yoğunluğunu güdüleyen durumun her zaman erişilebilir olan internete maruz kalma faktörü ile ilişkilendirilmiştir (Shaffer ve Martin, 2011). Yapılan bir diğer araştırmada ise kumar katılımı olan nüfusun %0,4'ün çevrimiçi ve %0,9'un çevrimdışı ile 18 yaşın altındaki bireylerden oluştuğu görülmüştür (Wood ve Williams, 2011). Bergevin ve diğerlerinin çalışmasında (2006) son bir yıl içinde gençlerin %36,6'sının kumar faaliyetlerine katıldığı görülmüştür. Örneklemin %25'i haftalık olarak kumar oynarken %9,3'ünün kumarla ilgili en az bir sorun yaşadığı görülmüştür. Bir diğer bulgu ise %63,4'ün yalnızca belirli bir kumar türüne katılımının olmasıdır. Gençlere yönelik uluslararası araştırmalar, yasaklara rağmen reşit olmayan bireylerin çok çeşitli kumar faaliyetleriyle meşgul olduğunu ve bunların %4 ila 8'inin kumarla ilgili önemli sorunlar yaşadığını göstermektedir (Delfabbro vd., 2016). Örneğin, 12-17 yaş aralığındaki ergenlerle yapılan bir çalışmada, örneklemin %70'inin son bir yıl içinde çeşitli kumar aktivitelerine katılımını ve %57'sinin sosyal kumar kategorisinde olduğunu ancak %9,7'lik diliminin risk altında sorunlu kumar ve %4,5'in muhtemel patolojik kumarbaz olarak sınıflandırılması bulgularında yer almaktadır (Ste-Marie vd., 2006). Benzer şekilde, Haroon ve diğerlerinin yaptığı araştırmada (2004) gençlerden oluşan örneklemin %33,3'ünü kumar oynamayanlar oluştururken %66,6'sının geçen yıl kumar oynadığı, %20'sinin katılım sıklığının haftada en az bir kez olduğu görülmüştür. Kumar katılımı olan bu gençlerin, kumarın ciddiyeti açısından %53,8'i sosyal kumarbaz, %8,0'i risk altındaki kumarbaz ve %4,9'u olası patolojik kumarbaz olarak sınıflandırılmıştır.

### ***Kumar Oynama Bozukluğu ve Yaşam Boyu Yaygınlık***

Kumar Oynama Bozukluğu, dünya çapında bireyleri ve toplumu etkileyen, bir psikiyatrik bozukluktur (Black vd., 2013).

### *Dünyada Toplam Nüfustaki Kumar Oynama Bozukluğu: Yaygınlık ve Sıklık*

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bir yılda 350 milyona yakın kişinin problemlili kumar oynadığı belirlenmiştir (WHO, 2024). Alimoradi ve diğerlerinin (2022) yayınladığı meta-analiz çalışmasında bağımlılık türüne bakılmaksızın davranışsal bağımlılıkların genel yaygınlığı %11,1 bulunmuş olup, %7,2'si kumar bağımlılığı olarak rapor edilmiştir. KOB'un yaygınlık oranlarına bakıldığında, Grant ve Chamberlain (2020) genel popülasyonda %1 ila %2 aralığında görüldüğünü, Zou ve diğerleri (2017) yaşam boyu %0,4 ila %1,0 arasında olduğunu ve Lorains ve diğerleri ise (2011) yetişkinlerde bir yıl içerisinde %1,1 ile %3,5 arasında değiştiğini belirtmiştir. Çevrimiçi kumarın yapısal özellikleri (Bkz. 1.4.4.2.) ve yasadışı bahis fırsatları göz önüne alındığında bu yaygınlık giderek artmakta ve sosyo-demografik yapıyı değiştirmektedir. Cinsiyetle ilgili yapılan araştırmaların istatistiklerine göre halen erkeklerin kumara katılımı daha yüksek olsa da aradaki fark gittikçe daralmaktadır (Tomei vd., 2022; Mishra vd., 2019; Dowling vd., 2017). Öyle ki, KOB tedavisi gören popülasyonun neredeyse yarısı kadınlardan oluşmaktadır (Slutske vd., 2010). KOB'da yaşa bakıldığında, bahsedilen yaygınlık oranlarının çoğunlukla yetişkin örneklem verilerini sağlamasına karşı yaygınlık oranları ergenlikte az değildir. Uluslararası boyutta bir meta analiz çalışmasında, ergenlerde kumar sorunlarına ilişkin yaygınlık oranlarına %0,8 ila %6,0 arasında rastlanmaktadır (Volberg vd., 2010). Kumarın ciddiyeti açısından incelendiğinde, ergenlerin %4,9'unun patolojik kumar oynama kriterlerini karşıladığı ve %8,0'inin risk altında olduğu görülmüştür (Hardoon vd., 2004).

### *Ülkelerin Ulusal Çalışmaları ve Kumar Oynama Bozukluğunun Yaygınlığı*

İngiltere: 2007 yılında 16 ve 64 yaş arasında 9003 kişi ile yapılan çalışmada, katılımcıların %5'inin KOB'a sahip olduğu görülmüş olmakla birlikte bu oranın 35-54 yaş aralığında %5,7 ile daha yüksek olduğu saptanmıştır (Griffiths vd., 2009).

Amerika Birleşik Devletleri: Nüfustaki yaşam boyu KOB yaygınlığının %0,4 ila %0,6 arasında değiştiği çeşitli çalışmalarda rapor edilmiştir. Bununla birlikte klinik örneklerde artan kumar sorunu örneğin, yatan psikiyatrik hastalarda %6,9 ve madde kullanımı tedavisi alan kişilerin %4,3'ünün kumar sorunu için kriterleri karşıladığı

gözlenmiştir. Bununla birlikte, KOB yaygınlığı, alkol ve madde kullanım oranlarıyla kıyaslandığında daha düşük seyretmektedir (Grant ve Chamberlain, 2020; Petry vd., 2005; Shaffer vd., 1999). 1975-1999 yıllarını kapsayan bir meta analiz çalışmasında ise Kuzey Amerikalı yetişkinlerin yaşam boyu KOB tanısı alma oranı %1,9 bulunurken, %4,2'nin ise klinik eşiğin altında sorunlu kumarbaz kategorisine dahil olduğu görülmüştür (Shaffer ve Hall, 2002).

Finlandiya: Finlandiya Kumar Zararları araştırmasında, 2016 yılında yaşayan nüfusun %11'inin kumarla bağlantılı en az bir zarara maruz kaldığını ortaya çıkarmıştır (Browne vd., 2020).

Avustralya: Avustralya'da 2010-2011 yılları arasında 1767 yetişkin ile çevrimiçi ortamın kumar üzerindeki etkilerini ve yaygınlığını incelemek üzere yapılan çalışmanın sonuçlarına göre KOB'a sahip kişilerin oranı çevrimiçi kumar oynayan kişilerde %2,7 ve çevrimdışı kumar oynayanlarda %0,9 bulunarak, çevrimiçi kumarın, çevrimdışı kumara oranla KOB riskini üç kat arttırdığı gözlenmiştir (Gainsbury vd., 2014).

Türkiye: Türkiye'de çevrimiçi kumar kavramı güncel bir araştırma konusudur ve yaygınlık hakkında çok sayıda araştırma bulunmamaktadır. Bununla birlikte, ülkemizdeki durum ile ilgili Devlet Denetleme Kurulu'nun faaliyet raporundan (2014) şu bilgilere ulaşmaktayız: Türkiye'de çevrimiçi kumar oynanma oranlarının yıllar içinde artmasına paralel olarak savunmasız nüfusta KOB'da diğer ülkelere benzer bir artış görüleceği düşünülmektedir. Bu yayılma ve kumar tanımı kapsamının yetersizliği, diğer psikiyatrik bozukluklar kadar önem verilmemesi ve yasakların etkili uygulanamaması gibi çeşitli eksiklikler nedeniyle toplumsal zararların genişleyerek ciddi boyutlara ulaşacağı tahmin edilmektedir. KOB'un genel nüfustaki yaygınlığı %3-8 arasında değişmekte olup çevrimdışı kumardan çevrimiçi kumara doğru bir geçişlilik gözlenmektedir. Aynı faaliyet raporu içerisinde, Ankara Ticaret Odası'nın yayınladığı (2004) "Sanal Tuzak: İnternet Kumarhaneleri" adlı makaleye yer verilerek, Türkiye'de çevrimiçi kumarbazların sayısının 1,5 milyona ulaştığı rapor edilmiştir. 2014 yılında dünyada yasal olarak oynatılan şans oyunlarında Türkiye 11. sırada yer almıştır. Yasadışı bahis için bir istatistik bulunmamakla birlikte oldukça yaygın olduğunun gözlemlendiği bildirilmiştir. Raporda belirtilen araştırma bulgularına göre örneklemin %2'sinin geçmişte yasa dışı bahis oynadığı ve bu kişilerin %21,4'ü son bir

yıl içerisinde ve %42,9'un halen oynadığı görülmüştür (DDK, 2014). Bununla birlikte, sadece 2022 yılında Milli Piyango İdaresi tarafından yasadışı bahis ile mücadele kapsamında gerekli mercilere bildirim yapıldıktan sonra kumar oynanması için yer ve imkân sağlama suçu ile kapatılmış 24.721 adet yasa dışı kumar faaliyeti işletmesi bulunmaktadır. Bu örnekler, yaygınlığına ilişkin verilerdir (MPI, 2022).

### ***Sorunlu Kumar Davranışı ve Yaşam Boyu Yaygınlık***

Dünyada toplam nüfustaki klinik eşğin altında kalan, KOB'un bir ölçüsü olarak sorunlu kumarın yaygınlığına ve sıklığına bakıldığında, %0,1 ile %5,8 arasında değiştiği görülmüştür (WHO, 2024). Yetişkinlerde bir yıllık sorunlu kumar yaygınlığının %0,1 ile %6,0 aralığında seyrettiği ve sorunsuz kumar oynayan kişilerin yaygınlığından 2-3 kat daha fazla olduğu rapor edilmiştir (WHO, 2017). Benzer şekilde, uluslararası düzeyde çeşitli ülkeleri dahil eden bir araştırmada yetişkinlerde sorunlu kumar oynamanın yaygınlığının ülkeler arasında %0,5 ile %7,6 arasında değiştiği görülmüş ve ortalama %2,3 belirlenmiştir (Williams vd., 2012). Bir diğer araştırmada ise, sorunlu kumar yaygınlık tahminleri %2,7 ila %4,2 arasında gözlenmiştir (Thurm, vd., 2023). İtalya'da 15-19 yaş aralığındaki genç nüfus (14,778 kişi) ile yapılan ulusal bir çalışmada, katılımcıların, %6,5'inin patolojik ve %10,6'sının risk altındaki sorunlu kumarbaz grubuna dahil olduğu ve %82,9'unun sorunlu kumar alışkanlığının olmadığı bulunmuştur. Aynı çalışma katılımcılarla bir sene sonra tekrarlandığında ise %15,6'sının çevrimiçi, %69,1'inin çevrimdışı kumarbaz olduğu gözlenmiştir. Çevrimdışı kumarbazların %4'ünün ve beş katı yüksek oranla çevrimiçi kumarbazların %21,9 sorunlu kumarbaz olduğu saptanmıştır (Canale vd., 2016). Kumar katılımı olan kişiler arasında sorunlu kumar yaygınlığına bakıldığında Griffiths ve diğerleri (2009) çevrimiçi kumar oynayan kişilerin kumar sorunu yaygınlığı %5 bulmuştur. Tomei ve diğerlerinin çalışmasında (2022) kumar oynayanların kişilerin yaklaşık %80'inin kumar sorunu olmayan veya düşük riskli/sosyal kumarbaz, %17,6'sı orta riskli ve %3,6'sı sorunlu kumarbaz olarak sınıflandırılmıştır. Çevrimiçi ve çevrimdışı kumarda sorunlu kumar davranışı oranları karşılaştırıldığında ise çevrimdışı kumarın %10'unun çevrimiçi kumarla değiştirilmesi koşulunda, bir bireyin sorunlu kumarbaz olma ihtimali %8,8 ila 12,6 oranında artırmaktadır (Effertz vd., 2018). Benzer bir araştırma sonucunda, %5'e karşılık %0,5 ile çevrimiçi kumar oynayanların, çevrimdışı oynayanlara kıyasla sorunlu kumar oynama yaygınlığının

önemli ölçüde daha yüksek olduğunu ve çevrimiçi kumarbazların KOB kriterlerini karşılamaya daha eğilimli olduğu bulunmuştur (Griffiths, vd., 2011). Bir başka ulusal araştırma sonucuna göre sorunlu kumarbaz olma ihtimali, çevrimiçi kumar oynayan kişilerde %3,8 bulunurken çevrimdışı kumar oynayanlarda bu oran %1,7'dir (Wood ve Williams, 2011). Tüm bu örnekler, çevrimiçi kumarın daha bağımlılık yapıcı ve tehlikeli olduğuna ilişkin delilleri işaret etmektedir.

### **1.5.2. Çevrimiçi Kumar Bağımlılığında Risk Faktörleri**

Kumar oynama bozukluğunda risk faktörleri, sorunlu kumar oynama olasılığının artmasıyla ilişkili koşullar olarak tanımlanmaktadır (Kazdin vd., 1997; Kraemer vd., 1997; Coie vd., 1993). Risk faktörleri, genetik yatkınlık, psikolojik direnç özellikleri ve sosyal çevre gibi etmenlerin birleşimiyle bağımlılığın ortaya çıkışını, gelişimini ve sürdürülmesini etkiler. Kumar bozukluklarının etiyolojisinde demografik özellikler, nörobiyolojik, psikolojik, çevresel ve yapısal risk faktörleri yer alır (Shaffer ve Martin, 2011; Lukasiewicz vd., 2008). KOB'daki risk faktörlerini belirlemek tedavi yaklaşımları ve önleme çalışmalarının geliştirilmesinde önemli rol alır (Leeman ve Potenza, 2012; Shaffer ve Martin, 2011).

Kumarbazların oynama sıklıkları, oynama amaçları, oyunların türü gibi faktörler kişiler arası farklılık gösterebilir. Her kumarbaz bağımlılık geliştirmese de kumar katılımı bulunması nedeniyle kumarbazların tamamı KOB'da risk altında bulunan grup olarak görülmektedir (Baggio vd., 2017). Bir diğer ifadeyle, risk muhtemeldir, kumar oynama sıklığındaki artış ise riski artırır (Neophytou vd., 2021). Sosyal kumar oynamada risk düzeyinin düşük olması bu bağlamla açıklanır (Shaffer ve Martin, 2011). Ek olarak, çevrimiçi kumar yapısal özellikleri nedeniyle geleneksel kumara oranla daha riskli bulunmuştur (Pallesen vd., 2021; Griffiths vd., 2009).

#### ***Kumar Oynama Bozukluğunda Demografik Risk Faktörleri***

Erkek cinsiyete sahip olmak, KOB'da nörogenetik risk faktörüdür (Tomei vd., 2022; Neophytou vd., 2021; Mishra vd., 2019; Effertz vd., 2018; Dowling vd., 2017; Delfabbro vd., 2016; Shaffer ve Martin, 2011; Australia, 2005; Langhinrichsen-Rohling vd., 2004; Hardoon vd., 2004; Feigelman vd., 1998). Genç yetişkin olmak, 30 yaş altında olmak (Australia, 2005). 34 yaş ve altında olmak (Tomei vd., 2022;

Pallesen vd., 2021; Brooks vd., 2020; Mishra vd., 2019; Effertz vd., 2018; Sundqvist vd., 2016; Griffiths vd., 2009; Feigelman vd.,1998). Kumar oynamaya erken yaşta başlamak, patolojik kumarla ilişkilendirilen risk faktörlerindedir. Çocukluk ve ergenlik çağında kumar oynamaya başlamak yetişkinlikteki KOB'ü yordamaktadır (Derevensky vd., 2014; Ashley ve Boehlke, 2012; Shead vd., 2010; Volberg vd., 2010; Australia, 2005; Langhinrichsen-Rohling vd., 2004; Derevensky vd., 2003; Sharpe, 2002). Ayrıca, erken kumar geçmişinde deneyimlenen, büyük kazançlar ve kayıplar kumar üzerinde kontrol sahibi olma yanılması geliştirerek bu riski arttırmaktadır (Sharpe, 2002). Bekar, boşanmış, hiç evlenmemiş veya evli olmama (Effertz vd., 2018; Australia, 2005; Feigelman vd., 1998). Düşük gelir düzeyine sahip olmak (Neophytou vd., 2021; Brooks vd., 2020; Mishra vd., 2019), yoksulluk (Wechsler vd., 1997). Düşük eğitim seviyesine ve düşük akademik başarıya sahip olma (Dowling vd., 2017; Weinstock vd., 2014; Gentile vd., 2011; Langhinrichsen-Rohling vd., 2004). Kumarhane veya bahis sitesi çalışanı olma (Guttentag, 2012; Wu ve Wong, 2008; Dangerfield, 2004; Shaffer vd., 1999a).

### ***Kumar Oynama Bozukluğunda Çevresel Risk Faktörleri***

Toplumda, çevrede veya geleneklerde kumarın yüksek kabul edilirliliği (Sarti ve Triventi, 2017; Delfabbro vd., 2016; Australia, 2005; Hardoon vd., 2004). Aile içinde kumar etkinliğinin kabul görmesi (Langhinrichsen-Rohling vd., 2004; Wechsler vd., 1997). Akran baskısı, akranın kumar oynaması, akran riskli veya antisosyal davranışları, sosyal modelleme (Frisone vd., 2020; Floros, 2018; Dowling vd., 2017; Welte vd., 2006; Langhinrichsen-Rohling vd., 2004; Wechsler vd., 1997). Göç geçmişine sahip olma (Effertz vd., 2018).

### ***Kumar Oynama Bozukluğunda Psikolojik Risk Faktörleri***

Psikiyatrik bozukluklar ve komorbidite, kumar bağımlılığının ortaya çıkma riskini artırır ve KOB ile sıkça birliktelik gösterir (Weinstock vd., 2014; Australia, 2005). Depresyon, kaygı (Gentile vd., 2011), duygudurum bozuklukları (Çakmak ve Tamam, 2018), depresif semptomlar (Dowling vd., 2017), intihar geçmişi (Langhinrichsen-Rohling vd., 2004), antisosyal davranış sorunları (hırsızlık, sapkınlık ve şiddet dahil) (Dowling vd., 2017; Australia, 2005; Hardoon vd., 2004), yasayla

sorunlar yaşama, işlev bozukluğu (Feigelman vd., 1998), patolojik internet kullanımı (Frisone vd., 2020) KOB'da risk faktörlerindedir. Problemlili veya patolojik kumar oynama, intihar düşüncesi ve davranışı için risk taşıyan bir durum olarak değerlendirilir (Petry vd., 2005) ve KOB ile komorbidite psikiyatrik bir tanının bulunması bu riski artırır (Weinstock vd., 2014). Alkol veya madde bağımlısı olmak (Delfabbro vd., 2016; Hardoon vd., 2004) veya sık alkol ve madde tüketimi (Dowling vd., 2021; Dowling vd., 2017; Welte vd., 2006) kumar oynamaya bozukluğunda risk faktörlerindedir. Ayrıca, erken yaşta sigara kullanımı, klinik eşliğin altında ancak güncel olarak alkol ve madde kullanımı sorunları yaşayan kişiler de risk altındadır (Hing vd., 2015; Slutske vd., 2010; Langhinrichsen-Rohling vd., 2004)

Ayrıca, bir dizi bireysel özellik kumar oynama bozukluğu gelişiminde risk faktörüdür. Bunlar: Yüksek dürtüsellik ve heyecan arayışı (Mishra vd., 2019; Dowling vd., 2017; Marazziti vd., 2014; Gentile vd., 2011; Wood ve Griffiths, 2007; Langhinrichsen-Rohling vd., 2004; Sharpe, 2002). Düşük öz kontrol ve dayanıklılık (Thurm vd., 2023; Hearn vd., 2021; Frisone vd., 2020; Mishra vd., 2019; Dowling vd., 2017). Yalnızlık (McQuade ve Gill, 2012). Düşük yaşam memnuniyeti (Hearn vd., 2021). Düşük öz yeterlik (Gentile vd., 2011). Düşük öz saygı (Frisone vd., 2020). Yetersiz sosyal destek (Hearn vd., 2021; Ashley ve Boehlke, 2012). Duygu düzenleme güçlükleri (Thurm vd., 2023; Poole vd., 2017; (McQuade ve Gill, 2012). Uyumsuz/etkisiz başa çıkma yöntemi, duygu odaklı başa çıkma (Sharpe, 2002). Stresli yaşam olayları (Thurm vd., 2023; Mishra vd., 2019). Stresten ve günlük sorunlardan kaçınma (Neophytou vd., 2021). Kumar motivasyonları (para kazanma, pozitif duygu kazanımı, meydan okuma, duygu durum düzenleme, kaçış vb.) (Dowling vd., 2021; Sundqvist vd., 2016). Kumarla ilgili bilişsel çarpıtmalar (kayıpları kazanma, kontrol yanılması vb.) (Dowling vd., 2021; Brooks vd., 2020; Delfabbro ve Winefeld, 2000). Olumsuz çocukluk deneyimleri, cinsel ve fiziksel istismar gibi çocukluk dönemindeki travmatik yaşantıların varlığı (kümülatif olarak daha fazla maruz kalma riski artırır) (Mishra vd., 2019; Poole vd., 2017). Olumsuz ebeveyn tutumları ve aile içi sorunlar (Delfabbro vd., 2016; Hardoon vd., 2004), yetersiz bakım veren ebeveyn ile yetişme (Marazziti vd., 2014), olumsuz ebeveyn-çocuk bağlanması (Frisone vd., 2020).

### ***Kumar Oynama Bozukluğunda Genetik ve Nörobiyolojik Risk Faktörleri***

Amigdala-striatum, prefrontal korteks ve insula sinir sistemleri arasındaki dengesizlik, zayıf karar verme süreçleri, dürtüsellik ve ön görememe (Noël vd., 2013). Ventral tegmental-orbitofrontal korteks ve çeşitli nörotransmitter katılımı (noradrenalin, serotonin, glutamat, dopamin ve endorfinler) nörobiyolojik risk faktörleri arasında yer alır (Leeman ve Potenza, 2012; van Holst vd., 2010; Hyman, 2007).

Genetik geçişlilikte, aile geçmişinde alkol ve madde sorunları ve psikiyatrik komorbidite (Weinstock vd., 2014; Langhinrichsen-Rohling vd., 2004), ailede problemlili kumar oynama öyküsü genetik risk faktörlerindedir (Langhinrichsen-Rohling vd., 2004; Blaszczyński ve Nower, 2002; Winters vd., 2002).

### ***Kumar Oynama Bozukluğunda Yapısal Risk Faktörleri***

İkamet edilen bölgede kumarın mevcudiyeti, yaşanılan konuma yakınlığı ve dezavantajlı bir mahallede yaşamak (Tomei vd., 2022; Slutske vd., 2016; Welte vd., 2006; Ashley ve Boehlke, 2012; Korn ve Shaffer, 1999; Wechsler vd.,1997). Yasal kumar fırsatları (Chóliz, 2015; Williams vd., 2012; Langhinrichsen-Rohling vd., 2004; Winters vd., 2002). Yüksek ve hızlı erişilebilirlik, (Pallesen vd., 2021; Brooks vd., 2020; BMYK, 2019; Delfabbro vd., 2016; Derevensky ve Gainsbury, 2016; Australia, 2005; Hardoon vd.,2004). İnternette aşırı zaman geçirme (Effertz vd., 2018). Anonimlik (Dixon vd., 2016; Hing vd., 2015; McCormack ve Griffiths, 2012; Jackson vd., 2008). Reklamlar, pazarlama yasal sınır olmayan kolay ulaşılabilir oyunlara erişim ve maruz kalma (Delfabbro vd., 2016; Langhinrichsen-Rohling vd., 2004; Winters vd., 2002) KOB’da yapısal risk faktörleri arasında yer alır.

*Yukarıda bahsedilen risk faktörlerinin tek başına nedensel bir etki yarattığı varsayılamaz. Kumarla ilgili bir sorun geliştirme çeşitli değişkenler veya faktörler arasındaki etkileşim sonucunda ortaya çıkmaktadır (Ashley ve Boehlke, 2012).*

### **1.5.3. Çevrimiçi Kumar Bağımlılığında Koruyucu Faktörler**

Kumar oynama bozukluğunda koruyucu faktörler birden fazla işlevi ile tanımlanabilir. İlk olarak, belirlenen risk faktörlerine maruz kalma durumuna

bakılmaksızın, sorunlu kumar oynama olasılığının azalmasıyla veya kumar oynama davranışının şiddetini ve sıklığını sınırlayan ilişkili koşullar olarak kavramsallaştırılır. Bir diğer işlevi ise, kumar bağımlılığı gelişimi ve mevcut risk faktörleri arasında tampon görevi görmesidir. Bu durum, etkisini ortadan kaldırmak için bir risk faktörüyle etkileşime giren bir değişken olarak tanımlanarak ‘etkileşimli koruyucu faktörler’ başlığıyla adlandırılır. Birçok risk faktörüne maruz kalınmasına rağmen, hiçbir zaman patolojik kumar geliştirilmemesi veya kumara ilişkin sorunların yaşanmaması da koruyucu rol oynayan faktörlerin varlığına ilişkin delillerdir. Ancak, koruyucu faktörler kumar oynama başlama veya bağımlılık gelişimi riskini azaltan bir rol oynasa da tam olarak risk faktörlerinin zıttı değildir. Kumar problemi gelişme riskini hafifleten ve bireyin sağlıklı davranış kalıplarını sürdürmesine yardımcı olan etkenler olarak işlev görmektedir. Koruyucu faktörlerin belirlenmesi ve bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi, etkili önleme faaliyetleri ve kumar bağımlılığı ile mücadelede müdahale girişimlerinin geliştirilmesi üzerinde kritik önem taşır. Ayrıca, etkili önleme ve rehabilitasyon için çeşitli paydaşların (meslek profesyonelleri, devlet kurumları, sivil toplum kuruluşları, eğitim kurumları ve aileler) iş birliği içinde çalışmasını gerektirir. Koruyucu faktörlerin bu karmaşık ve etkileşimli yapısı nedeniyle risk faktörlerine oranla literatür verileri nispeten kısıtlıdır. Net bir sayı belirlenmiş olmasa da öne çıkan koruyucu faktörlere bu bölümde yer verilecektir (Hearn vd., 2021; Dowling vd., 2021; Mishra vd.,2019; Dowling vd., 2017; Lussier vd., 2014; Shaffer ve Martin, 2011; Haroon vd., 2004; Kazdin vd., 1997; Coie vd., 1993).

### ***Kumar Oynama Bozukluğunda Koruyucu Demografik Faktörler***

Kumar oynama bozukluğunda koruyucu etki gösteren demografik özellikler: Kadın cinsiyeti (Lussier vd., 2014; Shead vd., 2010). Sosyo-ekonomik refah (Dowling vd., 2017; Shead vd., 2010). Yüksek eğitim düzeyi (Effertz vd., 2018; Weinstock vd., 2014). Yüksek okul performansı ve akademik başarı (Gentile vd., 2011).

### ***Kumar Oynama Bozukluğunda Koruyucu Bireysel Faktörler***

Stresli yaşam olaylarına karşı dirençli olma ve psikolojik dayanıklılık, yüksek yaşam memnuniyeti, olumlu algılanan yaşam kalitesi ve yüksek refah, genel anlamda

iyilik haline sahip olma. Yüksek öz saygı, yüksek öz kontrol (dürtü kontrolü, harcamaları limitlendirebilme), düşük dürtüsellik, psikiyatrik komorbiditenin yokluğu, öz yeterlilik, özerklik, uyumsal başa çıkma stratejilerini kullanma, yüksek farkındalık, problem çözme becerisi, yüksek sosyal yeterlilik, sağlıklı kişilerarası beceriler, olumlu boş zaman aktiviteleri (spor, hobi, gönüllü çalışmalar) (Sirola vd., 2021), maneviyat, reddetme ve cesaret yer almaktadır (Dowling vd., 2021; Hearn vd., 2021; Frisone vd., 2020; Mishra vd.,2019; Hing vd., 2015; Weinstock vd., 2014; Lussier vd., 2014; Gentile vd., 2011; Shead vd., 2010).

### ***Kumar Oynama Bozukluğunda Koruyucu Çevresel Faktörler***

Yeterli ve sağlıklı ebeveyn denetimi, aile bütünlüğü, pozitif ebeveyn bağlanması, güçlü aile bağları, okula veya işe aidiyet/bağlılık, sosyal aidiyet ve yüksek bağlılık, olumlu akran ve aile modellemesi, yeterli duygusal destek alma, destekleyici sosyal ağ, pozitif algılanan sosyal destek yer alır (Hearn vd., 2021; Dowling vd., 2021; Frisone vd., 2020; Mishra vd.,2019; Dowling vd., 2017; Lussier vd., 2014; Shead vd., 2010). Öte yandan, sosyal problemlerle başa çıkma, sosyal çevrenin varlığı ve algılanan sosyal destek ile ilgili koruyucu durum koşula bağlıdır ve belirsiz olabilir. Çevrenin kumarı olumlu karşılaması durumu veya desteğin kumar üzerine olması durumlarında tersine bir etki gözlenmektedir (Dowling vd., 2017; Hardoon vd., 2004).

### ***Koruyucu Faktörler Kapsamında Sorumlu Kumar Davranışı***

Sorumlu kumar kavramı, kumarın olası zararlarını azaltmayı hedefleyen bir dizi koruyucu uygulama, politika ve inisiyatifler bütünüdür ifade eder. Bu yaklaşım hem kumar sağlayıcılarının hem de kumarbazların bu olumsuz etkilerin önlenmesi için çeşitli sorumluluklar almasını hedefler. Sorumlu kumar uygulamaları, kumarın sosyal ve ekonomik etkilerini dengeler ve sağlıklı ve sorumlu oyunu teşvik eder. Kumar endüstrisi, hükümetler, sivil toplum kuruluşları ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu bu yaklaşım desteklenebilir (Zhang vd., 2018; Hing vd., 2015).

Sorumlu kumar oynama prevalansının azalmasıyla ilişkilendirilen çeşitli mekanizmalar bulunmaktadır. Bu mekanizmalar arasında: a) kumarın potansiyel zararları konusunda bireysel ve toplumsal farkındalığın artması b) genel nüfus içerisinde kumara katılım oranlarını azalması c) kişilerin kumar kaynaklı yaşadığı

ciddi olumsuz neticelerin (örneğin iflas, intihar) engellenmesine yönelik çalışmalar yapılarak kumarbazların sorunlu kumar popülasyonundan elimine edilmesi d) kumar endüstrisi ve/veya hükümet tarafından kumarın daha güvenli bir şekilde sunulmasını sağlayacak önleyici programların hayata geçirilmesi ve var olan çabanın artması yer alır (Williams vd., 2012).

Sorumlu kumarın temel bileşenleri arasında bilinçlendirme ve eğitim, tedaviye erişilebilirlik ve destek hizmetleri, kumara getirilen bireysel ve yasal sınırlamalar ve sorumluluk sahibi pazarlama uygulamaları bulunmaktadır (Zhang vd., 2018; Hing vd., 2015) (*Türkiye’de yapılan çalışmalar için Bkz. 1.6.4.*).

*Eğitim, Bireysel Farkındalık ve Bilinçlendirme Çalışmaları:* Kumarın potansiyel zararları hakkında bilinçli olma ve erken yaşta kumarla ilgili eğitim bireylerin riskleri daha iyi değerlendirmelerine ve sağlıklı kararlar almalarına yardımcı olarak kumar bağımlılığında koruyucu işlev görmektedir. Farkındalık aynı zamanda finansal sorumluluk ve yönetim üzerinde de etkilidir ve kişileri kumarın olası zararlarından korur. Dahası, erken yardım arayışı içinde olmalarına ve kendine yardım teknikleri uygulamalarına katkı sağlar (Effertz vd., 2018; Weinstock vd., 2014; DDK, 2014).

*Erken Müdahale ve Erişilebilir Tedavi:* Kumar oynama bozukluğu geliştiğinde veya henüz gelişmeden sorunlu kumar davranışları ortaya çıktığında, kişilerin kolayca destek ağına erişebilir olması erken teşhis ve tedavi ile bağımlılığın ilerlemesini önleyebilir veya daha hızlı ve uzun vadeli iyileşme fırsatı sağlar. Hali hazırda bir meslek profesyonelinden (psikolog, psikiyatrist vb.) destek almanın koruyucu rol oynadığı bilinmesi, bu durumun potansiyel faydasına örnek teşkil eder (Dowling vd., 2017; Weinstock vd., 2014).

*Yasal ve Toplumsal Düzenlemeler:* Toplam tüketim modeli, tüm nüfusa odaklanarak, ortalama kumar katılımını azaltmayı amaçlayan politika tedbirlerine yoğunlaşmanın önemini vurgular (Williams vd., 2012). Geçmişte çeşitli ülkelerde uygulanan bu tedbirlerin etkilerinin faydalı olduğu gözlenmiştir (Bkz. 1.3.1.). Kumarın toplumsal olarak kabul görmeyen ve yasal olarak sınırlı olduğu bölgelerde kumar oynama olasılıkları düşüktür. Bu anlamda yapılacak çalışmalar, hükümetlerin kumar mevcudiyetinin ve erişilebilirliğin önüne geçmesi ve kanun koyucular tarafından getirilen caydırıcı yasal düzenlemeler, kısıtlamalar veya yasaklar mümkün

olabilir (Derevensky ve Gainsbury, 2016; Chóliz, 2015; Philander ve MacKay, 2014).Çevrimiçi kumar reklamlarının sınırlandırılması, çevrimiçi kumar sitelerinin yasaklanması, kumarı taklit eden sosyal kumar oyunları hakkında bilinçlendirme ve düzenlemeler, kumar sitelerinden promosyon ve reklamların kısıtlanması, çevrimiçi hesap aktivitelerinin takip edilmesi, kredi bahislerinin yasaklanması, sorumlu kumar ve yardım hizmeti mesajının hükümet eliyle yaygınlaştırılması, kumarın potansiyel riskleri hakkında nüfusun erişilebilir bilgiye ulaştırılması, kredi kartı, coin gibi internetten ödeme seçenekleri ile kumar oynanmasının engellenmesi gibi faaliyetler bu durumlara örnek gösterilebilir (Hing vd., 2015; DDK, 2014). Birçok ülkede hükümetler kumar bağımlılığını önleme amacıyla yasal kumar üzerinde çeşitli denetlemeler yapmakta ve yasal olmayan bahis siteleri veya kumarhaneleri yaptırımlara tabi tutmaktadır. Ancak burada dikkate alınması gereken husus, kumarın ancak yasa dışı formuna daha sert ve caydırıcı yaptırımlar uygulandığı ve yasal formu için daha dikkatli denetlemelere tabi tutulduğu takdirde ise koruyucu işlev görme ihtimalinin artacağıdır. Kumarın internette oynanması birçok bahis platformunun faaliyet göstermesine ve teknolojik gelişmelerden yararlanılarak çeşitli oyun türleri ile yasal boşluklardan faydalanmasına sebebiyet vermektedir. Bunun önüne geçilmesi için şans, bahis terimlerine bakılmaksızın yasalarda kumar amacıyla oynanan tüm türleri kapsayarak yaptırıma tabi tutulması veya yasal kumar olarak nitelendirilen oyunların yasaklanmasını içerir (DDK, 2014). Benzer şekilde, suç henüz oluşmadan yasa dışı bahis sitelerinin önüne geçilmesi oldukça önemlidir. Bunun için, internette erişim engeli, oyuncuların çeşitli programlar üzerinden oynamasının denetlenmesi, yasaklama sonrasında site isminde yapılan minimal değişikliklerin takibi, bankalar aracılığıyla ödeme kanallarının takibi ve çeşitli kısıtlamaların getirilmesi, para nakline izin veren bankalar üzerinde yaptırım uygulama gibi çeşitli yaptırımlar ve denetlemeler yapılmalıdır (MPİ, 2022).

Özetle, tüm bu sorumlu kumar faaliyetlerinde: önleyici çalışmaların artışı, ısrarı ve takibinde katı yaptırımların uygulanması sorunlu kumarın önüne geçmek ve toplum ruh sağlığını korumak için oldukça elzemdir (Tomei vd., 2022; MPİ, 2022; Aydın, 2021; Şahin, 2019; Babayigit, 2018; Derevensky ve Gainsbury, 2016; Chóliz, 2015; (Hing vd., 2015; Philander ve MacKay, 2014; Williams vd., 2012).

#### 1.5.4. Kumarın Yol Açtığı Olumsuz Sonuçlar

Kumar oynama bozukluğu, sosyal ve psikolojik olarak işlevselliği olumsuz etkileyerek sorumlulukların yerine getirilememesine yol açmaktadır (BMYK, 2019). Kumar yalnızca oynayan kişiye değil kişinin çevresindekilere de zarar verici olabilen, bireyi ve toplumu etkileyen ciddi olumsuz sonuçlar doğurabilen bir etkinliktir. Kişi özelinde ve kişilerarası düzeyde çeşitli sorunlara ve kayıplara yol açan geniş bir yelpazeye sahiptir (Black vd., 2013). Bir sorunlu kumarbaz etrafında ondan fazla kişiye olumsuz etki edebilir (Duvarcı, 1998). Tarih boyunca bu zararlar çeşitli şekillerde gözlenmiş olsa da kumar oyunlarına çevrimiçi olarak ulaşım kolaylığı nedeniyle bu davranış giderek yaygınlaşarak sorunları da beraberinde getirmektedir. Yetişkinlerde olduğu gibi ergenler de bu sonuçlar benzerdir (Blinn-Pike vd., 2010). Kumar oynama davranışı yapısı itibariyle çeşitli sorunlara neden olmakla birlikte, davranışın zamanla sorunlu kumar oynamaya veya patolojik kumara dönüştüğü durumlarda, bu zararlar derinleşerek sorunların yaygınlığı, şiddeti ve sürekliliğinde artış gözlenir. Kumar oynama, psikopatolojik hale geldiğinde bireyin kendisini, çevresini ve toplumu tehdit eden bir halk sağlığı sorunu olarak adlandırılır (DDK, 2014; Black vd., 2013). Kumar ve kumar bağımlılığı bir toplum sağlığı sorunu olarak ele alındığında bireysel müdahalelerden ziyade toplumsal düzeyde bilinçlenme ve önleyici stratejilere ihtiyaç doğar. Bu noktada kamu ve özel sektör iş birliğinde kumarın zararları üzerinde piyasa düzenlemesi, yasal düzenlemeler, halk sağlığı politikaları, yapılan araştırmaların desteklenmesi, önleyici ve koruyucu tedavi girişimleri zarar önlemede ve bağımlılıkla mücadelede oldukça önemlidir (Gooding ve Williams, 2023; Yeşilay, 2022).

Kumarla ilişkili zararlar, ekonomik, ruhsal ve fiziksel sağlık, sosyal ve yakın ilişkiler, meslek ve eğitim hayatı ve yasal boyutta hem kumarbazı etkileyen ‘‘kişisel zararlar’’ hem çevresindekileri etkileyerek ilişkileri bozucu etki gösteren ‘‘kişilerarası zararlar’’, hem de kurum ve kuruluşların düzenini etkileyen ve meşgul eden ‘‘toplumsal zararlar’’ başlıkları altında toplanmaktadır (WHO, 2024).

#### 1.5.4.1. Kumarın Zararları

Kumara ilişkin zararlar, toplumun bakışı ve kumarbazın bilişlerine göre farklı yorumlara ve etkilenen kişilerin koşullarına göre sübjektif farklılıkları içermektedir. Kumar faaliyetinde odaklanılan zarar kategorilerine bakıldığında, ekonomik yaklaşım: mali sıkıntıları, süreklilik yaklaşımı: sosyal kumardan patolojik kumara kadar kumarbaza etki eden tüm olumsuzlukları, zarar temelli yaklaşım: patolojik ve problemlili kumarın kişiye, ailesine ve çevresine olan zararları geniş bir perspektifte vurgular (Australia, 2005). Tüm kategoriler dikkate alındığında, kastedilen zararlar kişinin kendisine, çevresine veya topluma karşı kumar oynamasından kaynaklanan veya kumar oynamasının sebep olduğu veya şiddetlendirdiği kişisel, sosyal, mesleki, ailesel, ilişkisel veya ekonomik her türlü sıkıntı ve kaybın ardından bahsedilen kişilerin refahının riske atılması ve olumsuz etkilerin daha geniş kitlelere yayılmasıdır (Browne vd., 2020; Australia, 2005). Bugüne kadar yapılmış çalışmaların büyük çoğunluğunda çevrimiçi kumarbazların çevrimdışı kumarbazlara göre daha çok zarar bildirdikleri gözlenmiştir (Pallesen vd., 2021; Baggio vd., 2017; Griffiths vd., 2009). Kumar fırsatları ve çeşitliliğinde artış meydana geldikçe, sorunlu kumarın ve buna bağlı zararların yaygınlığında da artışların olacağı varsayılmaktadır (Tomei vd., 2022). Kumarın mevcudiyeti ile sorunlu kumarın yaygınlığı arasında yakın bir bağlantı olduğu fikri, "**tek dağıtım teorisi**" olarak adlandırılan "**toplam tüketim modelinin**" bir örneğidir (Williams vd., 2012). Bu teorinin temel iddiası, bir ürünün toplumdaki ortalama tüketimi ile aşırı kullanıcıların yaygınlığı arasında yakın bir bağlantı olduğudur. Tüketimin nüfusta öncelikle ılımlı tüketimle karakterize edilen ancak azınlıkta aşırı tüketimin olduğu bir eğri ile dağıldığıdır (Rose, 2001). Sorunlu kumar oynama ve toplam tüketim modeli ile ilişkili araştırmalar incelendiğinde: Grun ve McKeigue'nin (2000) araştırmasında, Milli Piyango'nun uygulamaya konmasından bir yıl önceki ve bir yıl sonraki harcama oranlarına bakıldığında artış gözlenerek, elde edilen veriler teoriyle tutarlı bulunmuştur. Bununla beraber, kumardan kaynaklanan toplam zararlar, kumar oynama sıklığı az olan düşük riskli sosyal kumarbazlarda yaygın görülür ve zararlar çoğunlukla daha hafif seyrederek bu durum sosyal kumar oynayan kişilerin sayısının genellikle daha yüksek olmasından kaynaklanır. Zararın şiddetine ve büyüklüğüne odaklanıldığında en ciddi problemler patolojik ve sorunlu kumarbazlarda ortaya çıkmaktadır (Browne vd., 2020; Delfabbro vd., 2016).

#### 1.5.4.2. Kumar Bağımlılığının Birey ve Toplum Üzerindeki Etkileri

Bu bölümde kumarla ilişkili zarar kategorilerinin tanımı yapılacak ve kumar bağımlılığında zararın boyutlarına değinilecektir (Thurm vd., 2023; Yeşilay, 2022; Browne vd., 2020; Çakmak ve Tamam, 2018; Williams vd., 2017; Delfabbro vd., 2016; DDK, 2014; Blinn-Pike vd., 2010; Australia, 2005; Langhinrichsen-Rohling vd., 2004; Winters vd., 2002; Duvarcı, 1998).

**Ekonomik Zararlar:** Kumar, büyük miktarlarda para kaybına yol açarak borçlanmaya ve mali sıkıntılara yol açabilir, kişinin finans yönetimi bozulabilir, kişinin ve yakınlarının yatırımları, tasarrufları ve varlıkları riske girebilir (Australia, 2005). Kumara ilişkin zararların en başında gelen mali sorunlar, davranış bağımlılığa dönüşmeden de görülebilir ancak bağımlılığa dönüştüğü zaman durumun ciddiyeti de artar. Ek olarak, kumarın yapısal özellikleri, çevrimiçi çeşitli ödeme seçenekleri veya eşlik eden alkol ve madde kullanımı gibi faktörler de devreye girdiğinde yapılan harcamaların yeterince hissedilememesi bu zararı katlar (Duvarcı, 1998). Kumar bağımlılığında harcamaları kontrol etme güçlükleri, ödenemeyen birikmiş borçlar sıkça gözlenir. Ciddi örneklerde iflas, batma, tüm varlıkların kaybı görülebilir (DDK, 2014) ve borçları kapatmak ya da mali düzenlemeler yapmak için aile bireyleri de kumarbazla birlikte çeşitli güçlükler yaşayabilir, ayrıca borçlanılan kurum veya kişileri de etkileyerek zararlar toplumsal düzeye ulaşabilir. Bununla birlikte, tedavi gören patolojik kumarbazlarla yapılan bir çalışmada çevrimiçi kumar sonucunda edinilen toplam borç ve kayıp çevrimdışı kumardan önemli ölçüde fazla bulunmuştur (López-Torres vd., 2021; Zhang vd., 2018).

**Meslek ve Eğitim Hayatındaki Zararlar:** Kumar kişinin, üretkenliğinde, iş ve okul performansı üzerinde olumsuz etkiye sahiptir. Sorumlulukların ihmali, dikkat güçlükleri gibi sorunlar açığa çıktığında işi sürdürmede veya istihdam devamlılığında sorunlar ortaya çıkabilir (Browne vd., 2020). Kumardan kolay kazanç elde etme inancı veyahut bağımlılık semptomlarıyla, işleri aksatma, çalışmadan uzaklaşma, istifa, işten çıkarılma veya iş değişimi görülebilir bu sonuçlar kişiyi, çevresini ve çalıştığı kurumu ve belirli bir topluluğu etkileyebilir.

**Sosyal Zararlar:** Kumar oynama davranışın sonucunda açığa çıkan finansal zorlanmalar ve kumarbazın davranış değişiklikleri (yalan söyleme, kaçınma, duygusal değişiklikler), hem kumarbazı hem de çevresini etkiler. Davranış KOB'a

dönüştüğünde ise bu durumların görülme sıklığında artış olur. Ebeveyn, partner, kardeş veya çocuklar ile sorunları kapsayan aileye zararlarına bakıldığında yakın ilişki problemleri, aileye ayrılan vaktin azalması, bakım veren rolünün ihmal edilmesi, aile içi çatışmalar görülür ve güven ortamı sarsılmıştır (Yeşilay, 2022). Ortaya çıkan bu sorunlarla beraber çocuk ve eşte de belirli psikolojik sorunlar açığa çıkabilir. Ciddi örneklerde, ailelerin yıkımı, aile içi şiddet, boşanma, ayrılık görülür (DDK, 2014). Benzer şekilde, sosyal ağ problemleri arkadaşlarla kumar ile ilgili tartışmalar ve ilişkilerin bozulması görülebilir. Toplumsal düzeyde gittikçe yaygınlaşan kumarın etkisine bakıldığında, haksız ve kolay kazanç aleni hale gelir, illegal organizasyonlar, kumar oynayan kişi sayısı arttıkça güçlenir ve böylelikle toplumdaki huzur yerini tedirginliğe bırakır ve toplumun ahlaki normlarında değişiklikler (Aydın, 2021) meydana gelerek kültürel uzaklaşma görülür.

**Yasal Sorunlar:** Kumarla ilişkili yasal sonuçlar doğrudan yasa dışı yollarla kumar oynama davranışı gerçekleştiğinde veya dolaylı olarak kumar oynama amacıyla para bulma girişiminde hırsızlık, ortak varlıkların satışı gibi uygun olmayan yolların denenmesiyle veya geçmişte kumar için borç yoluyla edinilen varlığın ödenmemesi, hileli ödeme yolları, karşılıksız çek yazma gibi durumlarda veya kumar dürtüsünü kontrol güçlükleriyle gelişen uyumsuz davranışlar, ortaya çıkan öfke, dürtüsellik gibi durumların (Williams vd., 2017). sonucunda kavgaya karışma, hakaret, yaralanma, başkasına zarar verici eylem, kaza geçirme gibi durumlarda kişinin kendisi ve yaşanan duruma maruz kalan veya tanık olan kişiler zarar görebilir (Australia, 2005; Feigelman vd., 1998). Bu zararlar kumarın olumsuz çıktıları sonucunda: haciz, ihanet, iflas, boşanma gibi veya kişinin kumarla ilişkili suça karışması sonucunda: evrakta sahtecilik, aile içi şiddet, dolandırıcılık, hileli iflas, rüşvet, hırsızlık, soygun, cinayet, yaralama gibi çeşitli suçlarla (Aydın, 2021; Babayiğit, 2018) yasal boyuta ulaşarak, kolluk kuvvetleriyle sorun yaşama, mahkeme süreçleri, hapis cezası gibi yasal yaptırımlarla karşılaşılır. Yasal sonuçlar değerlendirildiğinde, sorunlu kumarbazın suça eğiliminde artış gözlenir (DDK, 2014). Kişinin suça karışmasına neden olan durumlar, kişinin sosyal ağına da yansır ve toplum düzenini bozucu etkilerini de beraberinde getirir.

**Sağlık Sorunları:** Sağlıkla ilgili problemler fiziksel ve psikolojik sağlık olarak iki kategoride ele alınır. Kumar davranışının kendisi patoloji olduğunda, bu iki

kategoriyi de kapsayan biyopsikososyal çerçevede değerlendirilirken, davranış bağımlılık boyutuna ulaşmadan da kişide belirli semptomların açığa çıkmasından hastalık boyutuna ulaşmasına kadar sağlığında bozulmalar görülebilir. Ayrıca, kumara eşlik eden veya artış gösteren, alkol ve madde kullanımı öyküsü de bulunduğu durumlarda ek sağlık sorunları gözlenir. Benzer şekilde kumar bağımlısıyla ilişkide olan kişiler özellikle aile üyeleri, eş, çocuk ve ebeveynler yoğun stres nedeniyle sağlık sorunları yaşayabilirler. Subklinik kumarbazların, çevrimiçi ve çevrimdışı kumar oynama ve bildirilen sağlık sorunlarını karşılaştırıldığında sağlık profili açısından anlamlı bir fark görülmemekle birlikte genel sağlık durumu sorunlarının daha çok çevrimdışı kumar oynayan katılımcılarla ilişkili olduğu görülmüştür (Griffiths vd., 2011).

*Fiziksel Sağlık:* Kumar oynama davranışı esnasında veya kumar bağımlılığı sürecinin getirisi olarak fizyolojik sağlıkta çeşitli değişiklikler görülebilir. Sağlık sorunları öncül rol oynayarak kumar oynama davranışının nedeni olabildiği gibi (Bkz. 1.4.2.) sonucu olarak da karşımıza çıkabilir. Kardiyovasküler hastalıklar, yüksek taşikardi, somatizasyon, çarpıntı, irritabilite, titreme, obezite, uyku problemleri, unutkanlık, yüksek tansiyon, migren, baş ağrısı, somatik ağrılar, kronik stres dolayısıyla bağışıklıkta zayıflık kumarla ilişkili olarak kumarbazda ortaya çıkan ve aile üyelerinde de görülebilen semptomlardan bazılarıdır (Yeşilay, 2022; Jin, 2015; Australia, 2005). Bununla birlikte kumar bağımlılığında kişi tıbbi ihtiyaçlarını erteleyebilir ve hastalığın seyrini değiştirip tedaviye ulaşmayı geciktirebilir.

*Psikolojik Sağlık/Ruh Sağlığı:* Kumarın kendisine ilişkin açığa çıkan kontrol güçlükleri ve kumar sonucunda ortaya çıkan kayıplar ve sorunlar kişide çökkünlük, kaygı, tükenmişlik, ümitsizlik gibi duygu değişiklikleri ve yaşanan yoğun stres ile başa çıkma zorluğu, çarpık bilişler görülebilir (Thurm vd., 2023). Psikolojik sıkıntı hem kumar oynama davranışının nedeni (Bkz. 1.4.3.) hem de davranışın sonucu olarak var olabilir. Bununla birlikte, patolojik kumar, eşlik eden kategorik psikiyatrik tanılarla (dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, depresyon, bipolar bozukluk, sosyal anksiyete, şizofreni, madde kullanım bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu) beraber görülebilir (Bkz. 1.5.5.1.) Bu birliktelikteki boyutsal semptomlar: yüksek dürtüsellik, daha zayıf duygusal refah, bilişsel çarpıtma, psikoz, yetersiz öz düzenleme, intihar düşünceleri, daha kötü aile ortamı ve daha fazla zihinsel sıkıntı ile ilişkilendirilir

(Szerman vd., 2020). Kumarla ilişkili, yüksek stres ve uygun olmayan başa çıkmalar davranışı çift yönlü bir kısır döngü haline getirir. Kişi hem bu duygulardan kurtulmak için oynar hem de davranışın kendisi bu duygulanımı yaratır. Kumar, ertelenen diğer yaşamsal faaliyetlerin ikamesi olamadığında ve kayıplar arttıkça bu durum giderek şiddetlenir (Raylu ve Oei, 2004b). Ciddi örneklerde intihar düşünceleri, intihar girişimi ve tamamlanmış öz kısımlar görülür (Australia, 2005). Kumarın psikolojik sağlığa zararlarından biri de bilişlerin ciddi şekilde değişmesi ve yanlı hale gelmesidir (Blinn-Pike vd., 2010). Kişi kendine ve çevresine kumarın zararını açık şekilde görmesine rağmen kişinin çarpık bilişlerinin gerçeğe örtüşmez ve bu duruma ilişkin farkındalık gelişmedikçe problemler çoğalır.

#### **1.5.5. Kumar Oynama Bozukluğunun Psikiyatrik Bozukluklarla İlişkisi**

Kumar bağımlılığı birçok psikiyatrik bozuklukla ilişkilendirilmiştir, eşlik eden bu bozukluklar bir arada bulunan karmaşık faktörlerin nedeni ve sonucu olarak ortaya çıkar. Kumarla birlikte var olan çeşitli tanılar genellikle üç şekilde: eş zamanlı, öncül veya sonuç olarak meydana gelir. Bununla birlikte, patolojik kumardan bağımsız olarak biyolojik, genetik veya diğer (ilaca bağlı vb.) faktörlerden etkilenecek de ortaya çıkabilir (Nower ve Blaszczyński, 2017). KOB'a eşlik eden çeşitli psikiyatrik durumlar psikopatolojinin artması anlamına gelir ve kişinin yaşamsal faaliyetleri üzerinde bozucu etkilere sebep olur (Tang vd., 2020). Eş tanı durumları, tanı ve tedavi sürecini karmaşılaştırarak hastalığın seyrini ve iyileşme sürecini şekillendirir. Bu nedenle etkili tedavi yaklaşımlarında her iki tanının da incelenmesi ve oluş sırası, şiddeti ve işlevsellik üzerindeki etkisinin belirlenmesi oldukça önemlidir. Komorbiditenin varlığında, semptomların heterojen bir seyir izlemesi, kişiye uygun bir tedavi planı oluşturmayı gerektirir (Lorains vd., 2011). Patolojik veya sorunlu kumar oynama davranışına eşlik eden psikopatolojik bulgular ile ilgili literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, kumarbazların yarısından fazlasında komorbidite görülmüş olup yaşam boyu yaygınlık oranları oldukça yüksek bulunmuştur (Çakmak ve Tamam, 2018; Lorains vd., 2011). Ayrıca, yapılan çalışmalar sayesinde bu komorbid durumlar yalnızca tedavi arayan KOB'a sahip kişileri değil toplumdaki sorunlu ve patolojik kumarbazları da temsil etmektedir (Petty vd., 2005).

#### 1.5.5.1. Çevrimiçi Kumar ve Komorbidite

##### ***Çoklu Bağımlılıklar***

Bir kişi eş zamanlı olarak birden fazla maddeye, birden fazla madde ve bir davranışsal bağımlılığa, bir madde ve bir davranışa bağımlı olabilir (Griffiths, 2018). Bununla birlikte, KOB ile beraber ortaya çıkan ve yüksek sıklık gösteren, hem alkol ve madde kullanım bozukluklarının (Lorains vd., 2011) hem de davranışsal bağımlılıkların (Tang vd., 2020) aynı anda kişide gelişebildiğine ilişkin kanıtlar bulunmaktadır (Kótyuk vd., 2020). Kumar sorunları çoğunlukla diğer madde kullanım bozukluklarıyla yüksek oranda beraberlik gösterir (Grant ve Chamberlain, 2020). KOB'a sahip kişilerde, tüm maddeler dikkate alındığında yaşam boyu alkol ve madde kullanım bozukluklarının %57,5'lik eş tanı ile eşlik ettiği görülmüştür (Lorains vd., 2011; Leiserson ve Pihl, 2007). Komorbiditenin yanı sıra, KOB'a patolojik seviyelerde olmayan alkol ve madde tüketiminin yaygın bir biçimde eşlik ettiği gözlenmektedir. Bu eşlik durumu komorbidite gelişimi açısından da riskli görülmektedir. Griffiths ve diğerlerinin çalışmasında (2011) çevrimiçi kumar oynayan kişilerin %64'ünün ve çevrimdışı kumar oynayan kişilerin %73'ünün yüksek tütün ürünleri tüketimi ile anlamlı ilişki gözlenmiştir. Ayrıca, çevrimiçi kumarbazların %20'sinin kumar oynarken alkol tüketimlerinde 4 katlık bir artış ve alkol tüketimi arttıkça kumar oynama davranışında artma ve çevrimdışı kumarbazlara oranla daha çok alkol tüketimi gözlenmiştir. Yine bir çalışmada çevrimiçi kumarbazların madde kullanım oranlarının %44,3 tütün ve %11,7 psikoaktif madde olduğu görülmüştür (Wood ve Williams, 2011).

Kumar oynama bozukluğuna çeşitli maddelerin eşlik etme durumu ve yaygınlık oranları:

*Nikotin/tütün bağımlılığı* için %70, (Crockford ve el-Guebaly, 1998; McCormick vd., 1984), Lorains ve diğerlerinin, meta analiz çalışmasında (2011) %60,1 ve Petry ve diğerlerinin (2005) ulusal epidemiyolojik çalışmasında, %60.4 oranlarıyla birçok çalışmada en üst sırada görülmektedir.

*Alkol kullanım bozukluğu* için %50-75 (McCormick vd., 1984) ve % 26-63 (Petry vd., 2005) ile yüksek yaygınlığıyla görülmektedir. Ayrıca, kumarhane kumarbazlarıyla yapılan bir çalışmada yüksek alkol kullanımı ve %25,5-%30,2 arasında alkol sorunlarının kumar oynamaya eşlik ettiği görülmüştür. Alkolün kumar

oynama üzerindeki kontrolü etkilediği ancak her zaman kontrol güçlükleri ile gözlenmediği rapor edilmiştir (Shaffer ve Hall, 2002).

*Psikoaktif maddelerin bağımlılık oranlarına bakıldığında ise KOB'a eşlik eden %40 (Crockford ve el-Guebaly, 1998; McCormick vd., 1984) ve %50 (DDK, 2014) gibi yüksek oranlarla madde kullanımı öyküsü görülmektedir ve madde kullanım bozukluğunun patolojik kumar oynamayı üç kat arttığı bulunmuştur.*

Tüm bu KOB ile komorbid alkol ve madde kullanımı öyküsünde, durum tersi için de geçerli olabilmektedir. KOB, madde kullanım öyküsünden sonra başlamış olabilir. Ek olarak, çeşitli araştırmalar kumar ve madde kullanımı sorunları arasındaki yüksek orandaki birlikteliğin nedenini diğer psikopatolojilerin (kişilik bozuklukları, duygudurum bozuklukları veya dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğundan (DEHB) varlığından kaynaklanabileceğini ileri sürmüştür (Lorains vd., 2011). Komorbiditenin kumar davranışı üzerindeki şiddetini, farklı kumarbaz tiplerinin madde kullanımı sıklıklarının karşılaştırıldığı çalışmalar anlamamıza yardımcı olmaktadır. Ste-Marie ve diğerlerinin (2006) çalışmasında patolojik kumarbazların, günlük tütün tüketimi haricinde diğer tüm alkol ve madde tüketimlerinin sosyal kumarbazlar ve kumar oynamayan kişilerden daha yüksek olduğu bulunmuştur.

### ***Davranışsal Bağımlılıklar***

Kumar oynama bozukluğuna eşlik eden iş, egzersiz, yeme, seks ve alışveriş bağımlılıklarını kapsayan diğer davranışsal bağımlılıklar ile ilgili, Tang ve diğerlerinin çalışmasında (2020), patolojik kumarbazlardan oluşan örneklemin %45'ine eşlik eden en az bir davranışsal bağımlılığın olduğu görülmüştür. Komorbid olarak en yaygın olarak görülen davranışsal bağımlılık, %8,1 ile yeme bağımlılığı ve sırayla iş bağımlılığı için %6,7, seks bağımlılığı için %6,4, alışveriş bağımlılığı için %6.1 ve egzersiz bağımlılığı için %3,6 yaygınlık gözlenmiştir (Tang vd., 2020). Ancak, birden fazla davranışsal bağımlılığın aynı anda ortaya çıkmasına ilişkin literatürde fikir ayrılıkları bulunur örneğin Griffiths (2016) davranışsal bağımlılıkların gün içinde işlevselliği bozucu etkisi ve neredeyse tüm günü etkileyecek kadar zaman alması nedenleriyle bireyin eş zamanlı olarak iki davranışsal bağımlılığa sahip olamayacağını, kişinin ancak tek bir davranışsal bağımlılığa sahip olacağını savunur. Bu nedenle bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır (Marazziti vd., 2014).

### ***Duygu Durum Bozuklukları***

Kumar Oynama Bozukluğuna, eşlik eden majör depresif bozukluk, bipolar bozukluk, distimi, siklotimik bozukluk, mevsimsel duygudurum bozukluğu vb. bozuklukları kapsayan duygu durum bozukluklarına bakıldığında araştırmalardan elde edilen sonuçlar, depresyon başta olmak üzere sorunlu ve patolojik kumarbazlarda eş tanıda yüksek yaygınlık oranları görölmektedir (Petry vd., 2005). Duygu durum bozukluklarının tamamına odaklanıldığında, herhangi bir duygu durum bozukluğunun KOB ile komorbiditesi çeşitli çalışmaların sonuçlarına göre: %37,9 (Lorains vd., 2011) ve %15,9 ile % 77.5 arasında (Petry vd., 2005) oranları ile görölmüştür. Kumar oynama bozukluğuna sahip kişilerde *Majör Depresif Bozukluk* yaygınlığının çeşitli çalışmalarda görölme oranları, %33,3 ile %76 (Petry vd., 2005) ve %28 ile %76 (Thomsen vd., 2009) arasında değiştiği saptanmış ve birçok çalışmada patolojik kumarbazların %50'den fazlasında göröldüğü rapor edilmiştir. Depresif semptomlardan özellikle anhedoni (haz alamama) kumar şiddeti ile ilişkilidir. Ayrıca, komorbid öyküde KOB semptomları oyun çeşitli ve oranını yordarken, depresif belirtiler kumar dürtüsü, oyun süresi ve toplam oyun sayısını tahmin eder (Thomsen vd., 2009).

### ***Kaygı Bozuklukları***

Kumar oynama bozukluğuna (KOB) eşlik eden kaygı bozukluklarından herhangi birinin yaşam boyu, %37,4 (Lorains vd., 2011) ve %41,3 (Petry vd., 2005) oranlarında beraber göröldüğü saptanmıştır. Patolojik kumarbazlarda spesifik olarak, *yaygın kaygı bozukluğunun* yaşam boyu yaygınlığına bakıldığında %7,2 ile %40 (Petry vd., 2005) arasında eşlik ettiği görölmektedir. Bununla birlikte, ergenlerle yapılan bir çalışmada, kumarbaz tipleri (patolojik, sorunlu, sosyal) arasında kaygının düşük ve yüksek düzeyleri karşılaştırılmış ve kumar problemlerinin miktarında artış olduğuça kaygı düzeylerinde de artış meydana geldiği gözlenmiştir ancak toplam kaygı durumuna bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar bulunamamıştır (Ste-Marie vd., 2006). Kumar oynama bozukluğu ile komorbidite yaygınlıklarında, en çok alkol ve madde kullanım bozuklukları, duygu durum bozuklukları ve kaygı bozuklukları eşlik etmekle birlikte literatürde diğer psikiyatrik hastalıklarla da eş tanılar görölmektedir. Komorbid tanılar arasında: somatizasyon, agorafobi, obsesif kompulsif bozukluk, psikoz, kişilik bozuklukları, antisosyal kişilik

bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, cinsel işlev bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu ve bulimia nervoza yer almaktadır (Tang vd., 2020; Lorains vd., 2011). Ayrıca eşlik eden bu tanılar kumar oynama davranışının şiddetiyle ilişkili bulunmuştur (DDK, 2014).

### ***Öz Kıyım***

Tüm bu eş tanılarla birlikte, kumar oynama davranışı ve intihar eğilimi arasında oranların yüksekliği dikkate değerdir. İntiharla ilgili düşünceler, girişimler ve tamamlanmış öz kıyım KOB'da karşılaşılan bir durumdur. Patolojik kumarbazların yaşam boyu intihar girişim oranlarını %9'dan %27'ye ulaşabilir. Yapılan çalışmalarda, patolojik kumarbazların intihar girişimi örneklemin yarısına yakın oranda görülmüş ve bu girişimlerin üçte ikisinin kumarla ilişkili olduğu saptanmıştır. İntihar girişimlerinin, kumar sorunları yaşayan kişilerde normal örnekleme göre yüksek olmasının yanı sıra, sorunlar ve patolojik semptomlar arttıkça intiharla ilişkili durumlar, kumarbazlarda artış göstermektedir. Kısaca, psikopatolojinin şiddeti riski arttırmaktadır. Bununla birlikte, artan kumar sorunlarına ek olarak gelişen komorbid durumlar (genellikle, eşlik eden depresyon ve alkol madde kullanımı) durumu daha da ciddi hale getirerek kötüleştirir (Petry vd., 2005). Örneğin kumarla ilişkili, tedavi arayışında olan yardım kuruluşuna başvuran kişilerle yapılmış bir çalışmada, örneklemin %81,4'ü patolojik düzeyde, %14,5'i problemlili düzeyde ve %3,3'ü ise düşük riskte saptanmış katılımcıların %11,1'inin son bir hafta içerisinde yoğun intihar düşüncelerinin olduğu görülmüştür. Başvuran bu kişilerin ortak özellikleri arasında, komorbid psikopatoloji, aile geçmişinde alkol kullanım sorunları bulunan ve düşük eğitim seviyesi bulunmaktadır. Bununla birlikte literatürde genellikle, kumarla ilgili borç miktarı sıklıkla intiharı yordadığı bilirse de bu çalışmada anlamlı bir faktör değildir. Bu noktada, özellikle düşük eğitim seviyesinin ve komorbid durumların intiharla yakın ilişkisi, kişiyi ve çevresinin farkındalığının artırılmasının önemini hem de komorbid durumların tehlikeli sonuçları olabileceğini göstermektedir (Weinstock vd., 2014).

Yukarıda bahsedilmiş olan eş tanılar gözden geçirildiğinde, kumar oynama ile alkol ve madde kullanımı, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında belirgin yaygın bir ilişki görülmüştür (Zhang vd., 2018). Bu durum sosyal kumarbazlardan daha çok sorunlu kumarbazlarda ve en yüksek skorlar patolojik kumarbazlarda görülmektedir

(Ste-Marie vd., 2006; Winters vd., 2002). Bunlara ek olarak, patolojik kumar oynamaya ek bağımlılık bozukluklarının genellikle sonradan meydana geldiği ve duygu durum ve anksiyete bozukluklarının sıklıkla kumar sorunlarından önce geldiği tahmin edilmektedir (Lorains vd., 2011). Blaszczynski ve Nower'in (2002) yol modeli bu durumu kişilerin altta yatan çökkünlük ve kaygı ile uyumsuz başa çıkmanın tezahürü olarak yorumlayarak yorumlamaktadır. Ancak bu durum her iki şekilde de gerçekleşebileceğiyle alakalı literatürdeki bir başka görüş ise kumarın zararlarının şiddetlenmesi ve artan kayıplarla birlikte bu semptomlar sonuca ilişkin ikincil belirtiler olarak da açığa çıkabildiğidir (Çakmak ve Tamam, 2018; Lorains vd., 2011). Bir başka eş tanıya bakıldığında, KOB ile yüksek komorbidite gösteren nörogelişimsel bir bozukluk olan Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun (DEHB), çocuklukta gelişmesi öncül olduğunu ve her iki patolojinin de yüksek dürtüsellik ve dürtü kontrol güçlükleri gibi ortak özellikleri paylaşması ilişkinin doğası açısından dikkat çekicidir (Crockford ve el-Guebaly, 1998).

## 1.6. ÇEVİRİMİÇİ KUMAR VE TEDAVİ

Kumar oynama bozukluğu, bireyi, çevresini ve toplumu ciddi düzeyde olumsuz olarak etkileyen tedavi edilebilir bir psikiyatrik tanıdır (WHO, 2024; Black vd., 2013). Bireysel, grup veya aile süreçlerini içine alan çeşitli tedavi yöntemleri bulunmaktadır. Etiyolojisinin çok yönlü olması, bozukluğun kişinin yaşamında çeşitli alanlara nüfuz etmesi ve KOB'a sahip kişilerin yaşantılarının bireysel dinamiklerinin farklı oluşu gibi sebeplerle kişiye özel bir tedavi süreci planlanması oldukça önemlidir (Sharpe, 2002). Ayrıca, toplum bilincinin artması ve savunmasız nüfusun bağımlılık gelişimini önleyebilmek için bağımlılıkla mücadele alanında hükümetlerin, sivil toplum kuruluşlarının, meslek profesyonellerinin ve kumar sağlayıcılarının birlikte hareket etmesi oldukça kritiktir (Grant ve Chamberlain, 2020; Yavuz, 2020; Shaffer ve Martin, 2011; van Holst vd., 2010).

### 1.6.1. Kumara İlişkin Kuramlar ve Teorik Yaklaşımlar

Kumar oynama bozukluğunun nedenlerini ve davranışının seyrini derinlemesine anlama çabaları üzerine birçok kuram ve model geliştirilmiştir. Psikolojik, sosyal, biyolojik veya bütünsel faktörleri temel alan kuramlar

bulunmaktadır. Bu teoriler çeşitli tedavi yaklaşımlarına yön vermekte olup tedavi yaklaşımlarının etkinliğini kavrama konusunda da oldukça önemlidir (Porter ve Ghezzi, 2006; Blaszczynski ve Nower, 2002).

### ***Psikolojik Faktörleri Köken Alan Teoriler***

*Bilişsel Teoriler:* Kumarbazların davranış eğilimini sürdürmesinin yanlış inanç ve düşünce kalıplarının neden olduğunu öne sürer. Aynı zamanda, KOB'da bilişsel süreçler karar verme ve risk değerlendirmede bozulmalarla izlenir. Bilişsel çarpıtmaların uyumlu bilişlerle değiştirildiğinde iyileşme olacağını veya bozukluk gelişimini ketyeyeceği varsayılmaktadır. Kumarbazın dürtüsel eğilimlerini azaltma amacıyla problem çözme becerilerinin gelişmesi, uzun vadeli planlamalar ve hazzı erteleyebilmek için başa çıkma becerilerini kuvvetlendirmeyi hedefleyen müdahaleleri içerir (Porter ve Ghezzi, 2006; Blaszczynski ve Nower, 2002; Sharpe, 2002).

*Davranışsal Teoriler:* Davranışçı teoriler, öğrenme kuramını temel alarak, kumar oynama davranışının pekiştirme yoluyla öğrenilen bir davranış haline gelmesi durumunda KOB gelişeceğini varsaymaktadır. Israrcı biçimde sürdürülen davranışa, edinilen kazançlar ve kayıpların peşinden koşma eklendiğinde davranış eğilimi de güçlenmektedir. Ayrıca sadece davranışın kendisi değil, hızlı döngülü oyunlar, kısa vadeli sürekli kazançlar gibi kumarın yapısal özellikleri de pekiştirici rol oynamaktadır (Griffiths ve Calado, 2022; Porter ve Ghezzi, 2006; Blaszczynski ve Nower, 2002). Yapılan araştırmalar, hayali duyarsızlaştırmanın iyileşme süreçlerinde etkili olduğunu teoriyi kanıtlar biçimde göstermiştir (Sharpe, 2002).

*Bilişsel Davranışçı Teoriler:* Hem bilişsel hem de davranışçı kuramın bir sentezi olarak KOB'u açıklamaktadır. Olumlu ve olumsuz pekiştirmeler, ödül ceza duyarlılığı gibi kavramların bilişsel çarpıtmalarla birlikte ele alındığında iyileşmenin olacağını varsayar (Blaszczynski ve Nower, 2002). Ayrıca, eşlik eden diğer sorunların veya psikiyatrik bozuklukların değerlendirilerek patolojinin oluş sırasına göre öncelik belirlenerek tedavi planlamasının yapılması gerektiğini vurgular (Sharpe, 2002).

*Psikoanalitik Teoriler:* Kumar oynama bozukluğunun kökeninde, çocukluk dönemi yaşantıları, bilinçaltı çatışmalar ve intrapsişik faktörlerin rol oynadığını öne sürer. Bireyin özellikle anal dönemde belirgin olarak, psikoseksüel gelişim evrelerine

regrese olması ile açıklanır (Griffiths ve Calado, 2022; Porter ve Ghezzi, 2006; Blaszczynski ve Nower, 2002).

### ***Nörobijolojik Faktörleri Köken Alan Teoriler***

Nörobijolojik yaklaşım, KOB’u odağını çeşitli nörotransmitterlerin rolüne çevirerek beyindeki değişen kimyasal ve yapısal farklılıklara dayandırır. Bu farklar, genetik geçişlilik ve ödül arayışıyla bağlantılıdır (López-Torres vd., 2021). Alkol ve madde kullanım bozukluklarına oldukça benzer bir sistemsal yaklaşım görülür. Tedavi süreci biyomedikal modellerle incelenerek semptomların iyileştirilmesi hedeflenmektedir (Porter ve Ghezzi, 2006; Blaszczynski ve Nower, 2002).

### ***Sosyal Faktörleri Köken Alan Teoriler***

Sosyal kuramlar, KOB’u bireyin sosyal ortamı ve toplumdaki yaygınlığıyla ilişkilendirir. Kişinin davranışı, toplumdaki yaygın kumar algısına ve kumar fırsatlarının bolluğuna göre şekillendiği varsayılmaktadır. Sosyal öğrenme teorisi, erken çocuklukta maruz kalmak veya kültürel normların kumara pozitif yaklaşımı gibi faktörlerin bireylerin maruz kaldığı davranışları taklit etmesi yoluyla seyrettiğini öne sürmektedir (Porter ve Ghezzi, 2006; Blaszczynski ve Nower, 2002).

### ***Bütüncül Kuramlar***

Kumar oynama bozukluğunda bahsedilen teorik yaklaşımların etkisinin gözlemlenmesi nedeniyle, tüm bu etkileşimli faktörleri bütünleştiren yeni yaklaşımlar doğmuştur. Bütünleyici ve karma teoriler psikolojik, sosyal ve nörobijolojik faktörlerin çok boyutlu doğasını vurgular ve KOB’un bozukluğunun çok faktörlü bir fenomen olduğunu tanımlayarak tedavi süreçlerinin bireysel ihtiyaçları ve tüm etken faktörleri değerlendirerek bir müdahale stratejisi geliştirilmesinin gerekliliğini vurgular (Porter ve Ghezzi, 2006; Blaszczynski ve Nower, 2002). Biyopsikososyal yaklaşım kumar bağımlılığında oldukça etkili bir uygulamadır (Griffiths 2011). Blaszczynski ve Nower’in (2002) geliştirdiği teorik çerçeve: “Yollar Modeli" (*The Pathways Model*), patolojik kumarbazların homojen bir grup olmadığı ve çeşitli yollarla bozukluk geliştirildiğini öne sürmektedir. KOB’da üç yol tanımlanmaktadır.

Bunlar: Davranışsal Koşullanma Yolu, Emosyonel Savunmasızlık Yolu ve Antisosyal Kişilik Yolu olmak üzere üçe ayrılır.

Özetle, tüm bu teorik yaklaşımlar KOB'u açıklamaya yönelik geniş bir spektrumu temsil eder ve her teori kendine özgü tedavi yaklaşımları önererek müdahale stratejilerinin geliştirilmesi ve tedavi yöntemlerinin belirlenmesinde rol alır. Her bir teori patolojik kumarın farklı yönünü açıklasa da hiçbiri tek başına tüm fenomeni açıklamada yeterli değildir bu sebeple çok yönlü bir yaklaşım gereklidir (Griffiths ve Calado, 2022). Psikodinamik teori: derinlemesine analiz ve çatışma çözümü, davranışçı teori: pekiştiricilerin değiştirilmesi, bilişsel teori: hatalı düşünce yapılarının yeniden yapılandırılması, psikososyal teori: bireysel ve sosyal destek mekanizmalarının entegrasyonu süreçlerini içerirken bütüncü yaklaşımlar: birden fazla tedavi modalitesinin kombinasyonunu teşvik eder (Porter ve Ghezzi, 2006). Tedavi yöntemlerine ve ekollere bakıldığında, Bilişsel Davranışçı Terapi: bilişsel ve davranışlar kuramları, Farmakolojik Tedavi: nörobiyolojik kuramlar ve Aile Terapisi, Sistemik Müdahale, Psikososyal Destek, Grup Terapisi ve Destek Grubu Oluşumları: sosyal kuramlar üzerine temellenir (Porter ve Ghezzi, 2006; Blaszczynski ve Nower, 2002; Sharpe, 2002).

### **1.6.2. Çevrimiçi Kumarda Tedavi Türleri ve Yöntemleri**

Kumar oynama bozukluğunda uygulanan tedavi yöntemleri ile ilgili çalışmalar, resmi tıbbi tanınmasından çok önce literatürde yer almıştır. Günümüzde ise ampirik olarak kanıtlanmış güncel tedavi yöntemleri arasında bilişsel davranışçı temelli terapiler ve farmakoterapiye eşlik eden psikoterapi uygulamasıdır. Kumar tedavileri belirli teorik perspektiflere dayanır ve bu tedavilerin çok modlu kombinasyonlarını içerir. Yaygın tedavi çeşitleri arasında bireysel terapi, grup terapisi, aile terapisi, ilaç tedavisi ve danışmanlık süreçleri yer almaktadır (Griffiths ve Calado, 2022). Tedavi süreci yaşanan problemin şiddeti, bireyin yaşamındaki etkiler, tüm dahil durumların ve faktörlerin etkileri, eşlik eden psikopatolojin varlığı ve kumarın olumsuz sonuçlarını değerlendirdikten sonra kişiye özgü bir planlama ile çözümleme yoluna gidilir. KOB'a ilişkin ilk olarak psikoeğitim verilerek, kişinin saptanan ihtiyacına ve destek kaynaklarına göre bireysel, grup veya aile süreçlerinin dahil olduğu bir tedavi planlanması yapılır. Kumar sorununun kısa vadeli yönetiminde,

davranışı durdurmak ve kumar ipuçları ile davranış arasındaki ilişkileri kırmak için hedef belirleme ve alternatif davranış geliştirme (Sharpe, 2002) birincil hedeftir (Griffiths ve Calado, 2022; Buran, 2021; Yavuz, 2020; Grant ve Chamberlain, 2020 Nower ve Blaszczynski, 2017; Ashley ve Boehlke, 2012).

### ***Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)***

Bilişsel Davranışçı Terapinin KOB'daki etkinliğinde yanlış kumar inançları ve kumar davranışını kontrol altına alma konusunda faydalı olan iki temel prensibi bulunmaktadır (Brooks vd., 2020). Bilişsel hatta: bilişsel çarpıtmalar, istekler, durumlara ve isteklere verilen duygusal tepkiler gibi kumarın bilişsel bileşenleri sorgulanarak bu düşünce kalıplarını değiştirmeye ve kumar davranışını kontrol altına almaya yardımcı olmak hedeflenir (Griffiths ve Calado, 2022; Grant ve Chamberlain, 2020; Arcan ve Karancı, 2015). Davranışçı hatta: isteklere ve tetikleyici uyaranlara karşı alternatif tepkiler geliştirmek ve sorunlu davranışa yönelik bu alternatifleri teşvik etmeyi içeren teknikler ile kumarın davranışsal yönleri ele alınır. Davranışçı hatta çalışırken caydırıcı (aversif) koşullandırma, hayali duyarsızlaştırma (imajinal desensitizasyon), tepki önleme yöntemleri sıkça kullanılmaktadır (Griffiths ve Calado, 2022; Grant ve Chamberlain, 2020). Wood ve Griffiths, (2007) kumar oynama davranışının: a) olumsuz ruh halleri b) boşluğu doldurma c) sorunlardan ve sorumluluklarda kaçma d) bilişsel pişmanlık ve kovalama e) kontrol inançları koşullarını dahil eden çeşitli sosyal ve çevresel tetikleyicilerden kaynaklandığı öne sürmektedir. Bilişsel davranışçı terapi süreci boyunca çok boyutlu bir incelemeyle kumara ilişkin isteklerinin yönetilmesi, inançların değiştirilmesi ve sağlıklı alternatiflerin teşvik edilmesi gibi stratejiler ön plana çıkmaktadır. Kumar bağımlılığı tedavisinde sağlıklı alışkanlık kazanımı ile uzun vadeli sonuçlar için kullanılan bazı pratik uygulamalar şunları içerir: hedef belirleme, motivasyonu yükseltme, zaman yönetimi, kendini izleme, aşamalı görev ataması, problem çözme, bilişsel yeniden yapılandırma ve baş etme becerileri kazandırma (Yavuz, 2020). Özetle, BDT kumar oynama bozukluğu tedavisinde semptomların azalmasında ve kaybolmasında ve bireylerin alternatif beceri kazanımlarında etkili bir yöntem olarak kabul edilmektedir (Griffiths ve Calado, 2022; Brooks vd., 2020). Dahası, tedavinin komorbid ikincil psikopatolojik sorunlarda da etkili olduğu görülmüştür. KOB'a ilişkin

standartlaştırılmış bir tedavi süreci bulunmuyor olmasına rağmen tüm BDT yaklaşımlarının tedavide etkin olduğu gözlenmiştir (Buran, 2021).

### ***Psikofarmakolojik Tedavi***

Alkol ve madde alımını içermeyen davranışsal bağımlılıkların psiko-farmakolojik tedavisi ampirik bulgulardan temel olarak obsesif kompulsif bozukluk (OKB), dürtüsel bozukluk spektrumu, madde kullanım bozuklukları ve genellikle duygudurum bozukluklarına (özellikle bipolar) benzer klinik özelliklerine göre değerlendirilir. Antidepresanlar, duygudurum dengeleyiciler, opioid antagonistleri, glutamaterjik modülatörler ve atipik antipsikotikler davranışsal bağımlılıkların semptomlarının azaltılmasında, aşermeyi ve kontrol güçlüklerini baskılamak için tedavi sürecinde kullanılan ve iyi etkinlik gösteren ilaçlardır (Marazziti vd., 2014). Patolojik kumarın yaygınlık oranları şizofreni ve bipolar bozukluklarına yakın olmasına rağmen, literatürde yeni bilinen bir tanı olması nedeniyle tedavi stratejilerine ilişkin araştırmalar daha küçük orana sahiptir. Bu nedenle patolojik kumara yönelik etkili ve iyi tolere edilen farmakoterapiler, diğer nöropsikiyatrik bozuklukların tedavi gelişmelerinin önemli ölçüde gerisindedir (Grant ve Chamberlain, 2022; Ashley ve Boehlke, 2012; Petry, 2005; Grant vd., 2003). Patolojik kumar tedavisinin mevcut ampirizmi göz önüne alındığında, literatürde üç alt tipe (obsesif-kompulsif, dürtüsel ve bağımlılık yapıcı) ayrılarak farmakolojik tedavi uygulandığı görülür. Farklı psikotropik ilaçların potansiyel etkinliği, plaseboya karşı birçok çift-kör çalışmada araştırılmıştır. Ancak bugüne kadar patolojik kumar için spesifik endikasyona sahip hiçbir ilaç yoktur (Leeman ve Potenza, 2012). Kumar Oynama Bozukluğu tedavisinde farmakoterapi uygulaması giderek yaygınlaşmakla birlikte ilaçların etkinliği üzerinde yapılan çalışmaların karmaşık sonuçları bulunmaktadır (Griffiths ve Calado, 2022). İlaç tedavileri arasında, Duygudurum Düzenleyicileri: Lityum, Karbamazepin ve Valproat, Serotonin ve Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SRI'ler), Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI'lar) ve Opioid Reseptör Antagonistleri: Naltrekson, Atipik Antipsikotikler bulunmaktadır. Kısa süreli kontrollü klinik çalışmaların bulgularına bakıldığında, patolojik kumar sıklıkla farmakolojik müdahaleye yanıt verir. İlaçlar arasından SSRI grubu, KOB için en etkili ve kısa süreli bir tedaviyi temsil eder. Patolojik kumarbaz alt gruplarının (depresyon veya dürtüsellik) SSRI tedavisine

yanıtı değişkendir bununla birlikte güçlü dürtü semptomları olan alt grupta opioid antagonistleri etkilidir (Grant ve Chamberlain, 2022; Lpez-Torres vd., 2021; Grant vd., 2003).

### ***Destek Grupları***

Destek grupları arasında Adsız Kumarbazlar topluluğu, dünya çapında kumar sorununa yönelik 12 aşamadan oluşan en yaygın grup mdahalelerindedir. Anonim gruplardan oluşur, topluluk desteği ile iyileşme gerçekleşir. Grup yelerinin deneyimlerini, güçlüklerini ve başarılarını paylaştığı bu süreç, kumar alışkanlıklarıyla başa çıkmaya ve sağlıklı bir yaşam sürdürebilmeye yardımcı olmayı amaçlar. Tek başına etkili olduğu bilinmekle birlikte diğer tedavi yöntemleriyle bir arada olduğu durumlarda iyileşme sürecinin hızlandığı ve etkisinin arttığı bilinmektedir (Griffiths ve Calado, 2022; Grant ve Chamberlain, 2020).

### ***Motivasyonel Müdahaleler***

Bireyin değişime hazır bulunurluğunun değerlendirilmesi, yargılayıcı olmayan tutum sergilemesi ve yansıtıcı dinlemeyi ön planda tutan bir yaklaşımdır. KOB'daki alışkanlık döngüsünü kırmak hedeflenir. Olumlu davranış değişikliklerine teşvik etmede etkili bir yöntemdir. Uzun ve kısa vadeli olarak semptomlarda iyileşme sağladığı kanıtlanmıştır. Ek olarak, Bilişsel Davranışı Terapi (BDT) ile birleştirildiğinde, daha sağaltıcı olduğu gözlenmiştir. (Grant ve Chamberlain, 2020).

### ***Psikososyal Müdahaleler***

Bağımlılığın psikolojik ve sosyal yönlerini ele alan psikososyal müdahaleler: bilişsel davranışı terapi, beklenmedik durum yönetimi, aile terapisi ve motivasyonel görüşme dahil olmak üzere çok çeşitli yöntemleri kapsar (Carroll ve Onken, 2005). Uygulanan psikososyal müdahalelerin prognozu olumludur. Ancak bağımlılıkla birlikte depresyon, düşük yaşam doyumunu, başa çıkma güçlükleri faktörleri eş zamanlı bulunduğunda psikososyal faydanın prognozu belirsizdir (Merkouris vd., 2022).

### ***Nüksü nleme***

Kumar oynama bozukluğu, tedaviye rağmen yüksek nüks oranlarına sahip kronik ve tekrarlayan bir durumdur. Tedaviye rağmen ilk yılda nüks oranları %80 ile

%90 arasında seyrettiği gözlenmiştir. Bu nedenle, nüksü önleme tedavi sürecine entegre edilerek, kumarbazın yanı sıra aile üyelerini de hazırlamayı ve kişinin nüks durumunu yönetebilmesi için beceri kazandırmayı da içermelidir. Ayrıca, nüksü önlemek için iyileşmeyi zayıflatabilecek ve nüksetmeyi hızlandırabilecek ilişkili risk faktörlerine de odaklanan bireyselleştirilmiş tedaviler geliştirilmesi oldukça önem arz eder (Nower ve Blaszczynski, 2017; Ashley ve Boehlke, 2012).

Özetle, patolojik kumar oynamanın tedavisinde psikolojik ve farmakoterapötik müdahaleler önemli bir yer tutmaktadır. Her iki müdahale türünün de etkinliğinin daha da iyileştirilmesi için rastgele kontrollü denemelere ihtiyaç vardır (van Holst vd., 2010). Bunların yanı sıra, başarılı tedavinin sürdürülmesi ve sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesinde aileye ve çevreye yönelik bilgilendirme çalışması yapılması tedavi programının etkinliğini artırırken toplumsal bilinç nüks açısından kalkan oluşturabilir (DDK, 2014).

Bir diğer tartışma konusu ise çoğu kumar bağımlısının, kumar hayatlarının her alanında çöküşe sebep olmadan yardım arayışında olmadığı gerçeğidir. Zhang ve diğerlerinin çalışmasında (2018) KOB tedavisi gören kişilerin %18,4'ü 1 ila 2 yıl arasında ve %17,3'ü 10 yıldan fazla kumar sorunları için yardım aramadan önce beklediği görülmektedir. Aynı çalışmada, öz bildirimlerine dayalı olarak tedaviye başvurmanın önündeki engellere bakıldığında: kişilerin kumar sorunlarını ciddiye almaması ve kontrol edilebileceği inancı, damgalanma nedeniyle yardım düşünmediklerini, kumar sorunları hakkında önceden düşündüklerini veya tedavinin etkisiz kalacağı algısına sahip olduklarını bildirmişlerdir. Bu engellerin etkisi potansiyel olarak tedaviye başvurmadan önce geçen uzun gecikmeyi açıklayabilir (Zhang vd., 2018; Effertz vd., 2018).

### **1.6.3. Çevrimiçi Kumara Yönelik Önleyici Çalışmalar**

Kumar oynama bozukluğunun sağlık yükü göz önüne alındığında, bağımlılıkla mücadele kapsamında önleme müdahaleleri oldukça önemlidir (Çakmak ve Tamam, 2018). Sorunlu kumarın olumsuz etkisi yalnızca bireyle sınırlı olmayıp aileye, çevreye ve topluma geniş kapsamlı ve uzun süreli sonuçlara mâl olur. Bu nedenle, sorunu ele alırken önleme stratejileri birincil faktördür (Ashley ve Boehlke, 2012). Burada

önleme müdahalelerinin merkezinde yer alan soru, kumar sorunlarını hedef almak için hangi önleme biçiminin daha faydalı olduğu olmalıdır. Etkili önleme çalışmaları için, bireyleri ve toplumu korumaya yönelik hükümetlerin, sivil toplum kuruluşlarının, sağlık profesyonellerinin, eğitim kurumlarının ve kumar sağlayıcılarının iş birliğine dayalı çok yönlü ve kapsamlı çalışmalara ihtiyaç bulunur (Sirola vd., 2021; Derevensky vd., 2004). Önleme çalışmalarında öncelikle güncel mevcut durum incelenerek çevrimdışı ve çevrimiçi kumar dinamiklerinin yapısal ve etiyolojik farkları iyi anlaşılmalıdır. Ardından, kumarın yayılımı ve savunmasız gruplar belirlenmeli ve sanal toplulukların rolü kabul edilmelidir (Sirola vd., 2021; Hearn vd., 2021). Önleme yaklaşımlarının “kaçınma veya zararın azaltılması” olarak iki küresel paradigma altında sınıflandırılması bu alandaki çeşitli stratejilerin ve hedeflerin anlaşılmasını kolaylaştırmaktadır. İki paradigma da kısa vadeli hedefler üzerinde yoğunlaşarak hem KOB’a giden riskli davranışların gelişimini engeller hem de sorunlar geliştikten sonra davranışı sonlandırır. Zarar azaltma yaklaşımının hedefleri bilginin yayılmasını ve iyileşme sürecinin kolaylaştırılmasını içeren iki yönlü bir uygulamadır ve çeşitli müdahaleleri kapsar (Derevensky vd., 2004).

### ***Çevrimiçi Kumarın Önlenmesi için Müdahaleler***

*Bilinçlendirme ve eğitim programları* yoluyla topluma kumarın potansiyel zararlarının ve risklerinin anlatılması ve savunmasız nüfusa eğitim programları düzenlenmesi.

*Psikososyal destek ve psikoterapi imkanı* ile çevrimiçi kumar oynama davranışının altında yatan temel motivasyonun keşfi ve sorunun çözümlenmesi için danışmanlık hizmeti sunulması.

*Sosyal destek ağlarının kuvvetlendirilmesi*, kumar oynama konusunda kendine ket vuramayan bireylerin çevresinden aldığı sosyal destek etkinliğinin iyileştirilmesi.

*Öz kontrol ve kumara karşı direnç becerilerinin geliştirilmesi*, kişinin zorluklarla baş etme ve dürtü kontrol etme yeteneğinin motivasyonel yöntemlerle güçlendirilmesi (Hearn vd., 2021).

Bu farkındalığın artışı ve becerilerin gelişimi sürecinin yanı sıra kumarın yasal statüsü de kumar bağımlılığını önleme üzerinde etkilidir. Bu nedenle devlet eliyle getirilen çeşitli sınırlamalar ve erken tedbirler de önleyici rol oynamaktadır. Bunlar:

erişilebilirliğin kontrolü ve sınırlandırılması, yaş sınırlaması ve kimlik doğrulama süreci, reklam ve pazarlama kısıtlamaları, bilinçlendirme ve eğitim içeriklerinin kumar oyunlarında uyarı niteliğinde yer alması, sorumlu kumar uygulamaları ve ücretsiz yardım ve tedavi hizmetlerine erişim ile erken teşhisin sağlanması ve tüm bu etkinliklerin işleyişinin düzenli şekilde denetlenmesi ve süreçlerin uygulanmamasına ilişkin caydırıcı yaptırımlar oldukça önemlidir (Sirola vd., 2021; Ashley ve Boehlke, 2012).

Bu önleme uygulamaları tüm kumar çeşitliliği için geçerlidir ve genellikle ortaya çıkan zararlı sonuçlara ilişkin tedbirleri içerir. Ancak kumar, psikolojik olduğu kadar kültürel ve sosyal bir bağlama da gömülüdür ve kumar sayesinde birey ve toplum olumlu belirli sonuçlar da elde edilebilir. Örneğin kişiler sosyalleşmek, bağlılık ve aidiyet duygusu edinmek, stresle baş etmek ve sıkıntıyı gidermek veya yalnızca günlük yaşamın zorlayıcı taleplerinden eğlenceli bir imkan dahilinde uzaklaşmak için kumar oynayabilirler ya da sorunlu kumar davranışı geliştiğinde benzer örüntüye sahip kişilerle iletişim kurma imkanı bulabilirler. Benzer şekilde, kumar sağlayıcıları sundukları istihdam olanaklarıyla kumarın yayılmasında katalizör görevi görebilir ve bireye ve topluma finansal katkı sunabilir. Kumar oynayan kişilerin birçoğu bağımlılık geliştirmeden aktiviteye devam edebiliyor olsa da tüm bu faktörler aynı zamanda risk oluşturmaktadır. Bu faydanın içine gizlenmiş risklerin de değerlendirip sağlıklı davranışlarla değiştirilmesi, istihdam ve boş zaman aktivitesi seçeneklerinin artırılması ve desteğin daha sağlıklı ve profesyonel kanallar ile yer değiştirilmesi de önleme çalışmalarının bir parçası olmalıdır ve bu anlamda atılacak adımlar kumar bağımlılığıyla mücadelede kökten bir değişim sağlanması adına oldukça önemlidir (Sirola vd., 2021; Ashley ve Boehlke, 2012; Derevensky vd., 2004; Korn ve Shaffer 1999).

Önleme çalışmalarında bugün birçok ülkede, kumarın zararlı etkilerini ve sonuçlarını azaltmayı veya en aza indirmeyi hedefleyen sorumlu kumar ve zarar azaltma modelleriyle kumara ilişkin hem uyarı işaretleri, bilinçlendirme çalışmaları, yardım seçenekleri ve tedavi kaynaklarına erişim hem de yasal sınırlamalar anlamında çeşitli müdahaleler ve yaptırımlar mevcuttur (Derevensky vd., 2004). Ülkemizdeki kumar ile mücadelede yapılan önleme çalışmalarına ise bir sonraki bölümde (Bkz. 1.6.4.) yer verilecektir.

#### **1.6.4. Türkiye’de Çevrimiçi Kumarla Mücadele Kapsamında Yürütülen Önleme Çalışmaları: İlgili Kuruluşlar ve Başvuru Merkezleri**

Türkiye’de çevrimiçi kumarla mücadele kapsamında yürütülen önleme çalışmaları ve uygulamalar yalnızca çevrimiçi kumar ile sınırlı kalmayıp genel olarak teknolojinin ve internetin bilinçli, güvenli ve etkin kullanımını teşvik etmek, aşırı ve zararlı kullanımı önlemek ve patolojik kullanımı olan bireyleri gerekli müdahale ve yardıma yönlendirmeyi amaçlamaktadır. Halihazırda devam eden faaliyetlerin daha iyi hale getirilmesi için kumarla mücadelede önleme çalışmalarının başlıca inisiyatifleri şunlardır: farkındalık ve eğitim faaliyetlerinin kapsamını genişletmek, çevrimiçi kumar sitelerine koruyucu tedbirler getirmek, kumar bağımlılığına ilişkin bilimsel kapasitenin artırılması, kumar etkinliklerinin denetimi, danışmanlık, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sayısının ve etkinliğinin artırılması ve sağlıklı nesiller yetiştirmek için zararlı alışkanlıklara alternatif olarak sportif, sanatsal ve kültürel faaliyetlerin teşvik edilmesi. Tüm bu önleyici çalışmalar bir bütünlük içinde yürütülmektedir ve tespit edilen eksiklikler ve yeni gelişmeler takip edilerek ileriye yönelik eylem planlarıyla geliştirilmektedir. Devlet Denetleme Kurulu (2014) faaliyet raporunda kumar bağımlılığıyla mücadelede iyi örnek teşkil eden ulusal ve uluslararası çeşitli yapılanmaların (Adsız Kumarbazlar, Dünya Piyangolar Birliği, Bağımlılığa Karşı Eylem Vakfı, Beckley Vakfı, Amerika Bağımlılık Vakfı, Suçu Azaltma Hareketi, Mirabel Vakfı, Mentor Vakfı, Phoenix Vakfı) çalışmalarına yer verilmiş olup, faydalı uygulamalardan örnek alındığı ve bu örneklerin ülkemize de uyarlanmasının mücadele kapsamını geliştireceği belirtilmiştir. Örneğin, İskandinav ülkelerindeki (İsveç, Danimarka, Norveç, İzlanda, Finlandiya) yenilikçi bir yaklaşım olarak ‘‘oyuncu kartı uygulaması’’ bağımlılıkla mücadelede teşvik edici bir yaklaşımdır ve kumarbazların kumar katılımlarını kontrol altında tutmalarına, harcamalarına sınırlama getirmelerine ve bağımlılık gelişimi riskinde danışmanlık hizmetlerine erişmelerine yardımcı olmaktadır. Dahası uygulama sayesinde, reşit olmayan kişilerin kumar oynamalarının önüne geçebilmek gibi önemli bir hedefe ulaşılmaktadır. Benzer uygulama, Almanya, Avustralya ve Güney Afrika gibi birçok ülkede uygulandığı bilinmekle birlikte danışmanlık hizmetlerinin de günümüz imkanlarında çevrimiçi yürütülmesi gibi önleme çalışmaları açısından yenilikçi ve faydalı fırsatlar da bulunmaktadır. Ülkemizde de benzer uygulamaların faaliyete

geçirilmesi açısından çeşitli öneriler arasında oyuncu kartı uygulamasının yürürlüğe alınması, kumar bağımlılığına yönelik mevzuatın sadeleştirilmesi, kumar erişiminin engellenmesi, kamu spotlarının arttırılması ve çevrimiçi kumara ilişkin yasal boşlukların giderilerek yeni düzenlemeler getirilmesi bulunmaktadır. Bu durum: kumar oyuncularının kayıt altına alınması, oyun tercihlerinin izlenmesi ve anormal davranış aktivitesinin takibi süreçleri ile gerçekleştirilebilir olup önleme çalışmalarında hedef belirlemeyi kolaylaştırarak mali suçları önleme ve tedavi hizmetlerinde erken teşhis imkânı gibi etkili sonuçlar alınmasını sağlar.

Türkiye’de çevrimiçi kumarla mücadele kapsamında yürütülen önleme çalışmalarında çeşitli alanlarda faaliyet gösteren, aktif sorumluluklar ve roller olarak birlikte hareket eden araştırma, tedavi, eğitim, destek ve politika geliştirme gibi farklı yaklaşımlar benimseyen ilgili ulusal kuruluşlar ve başvuru merkezleri arasında: Sağlık Bakanlığı, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Gençlik ve Spor Bakanlığı, Kültür ve Turizm Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Ticaret Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Hazine ve Maliye Bakanlığı, Valilikler, Diyanet İşleri Başkanlığı, Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı, Türkiye İstatistik Kurumu, YÖK, TÜBİTAK ve Türkiye Yeşilay Cemiyeti dahil olmak üzere devlet kuruluşları ve STK’lar yer almaktadır.

Oluşturulan davranışsal bağımlılıklarla mücadele ulusal eylem planında ilgili kurumlara sorumlulukların dağılması ve koordine edilmesi ile önleme çalışmalarında belirlenen faaliyetler: Kumar hakkında toplumun farklı kesimlerine; yaş gruplarına ve eğitim düzeylerine (çocuk, ergen, yetişkin), ebeveynlere yönelik, eğitim, program, seminer ve yürüyüş organize etme ve stant kurulması gibi çeşitli etkinlikler aracılığıyla farkındalık ve eğitim faaliyetlerinin yürütülmesi. Benzer şekilde rehber öğretmen, sosyal çalışmacı, psikolog gibi meslek profesyonelleri ile eğitim ve farkındalık çalışmalarının yürütülerek danışmanlık faaliyetlerini arttırma. Çeşitli kurumlardaki kamu çalışanlarına (sağlık çalışanları, yurt çalışanları, öğretmenler) verilen programlar aracılığıyla bu alanda eğitici ve uygulayıcı olmalarını sağlama. Sorunlu kumar davranışı tespiti yapılan öğrencilerin veya çalışanların danışmanlık hizmetlerine yönlendirilmesi. Psikiyatri polikliniklerinde, KOB’a yönelik tanı ve tedavi süreçlerinde hizmet verilmesi ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde her yaş grubu için psikiyatri polikliniklerinin sayısının arttırılması. Kumar ve oyun

bağımlılıklarını önlemeye boş zamanların yararlı aktivitelerle doldurulmasına yönelik olarak sportif etkinlikler, halk oyunları, sanat ve kültürel faaliyetlerin yaygınlaştırılması gençlerin katılımlarının teşvik edilmesi. Çevrimiçi kumar sitelerine yönlendirme içeren reklamlara yönelik tedbirlerin alınması. Çevrimiçi kumar sitelerinin, spor müsabakalarındaki reklam ve sponsorluk reklam içeriklerinin engellenmesi. Yasal faaliyet gösteren bahis sitelerinde doğrulama sağlanması gerekliliği. Yasadışı faaliyetlerin tespiti ve engellenmesi. Reşit olmayan kişilerin sanal bahis erişim engeli konusunda denetimlerin güçlendirilmesi. Kumar bağımlılığı hakkında makale ve tez vb. bilimsel araştırmaların teşviki. Kumarla ilgili genel nüfusta ve 14-19 yaş arası eğitime devam eden genç nüfusta, tutum ve davranış araştırmalarının yapılmasıdır. Bahsedilen çeşitli kurumların kumar ve diğer bağımlılıklar olmak üzere zararlı alışkanlıklardan korumaya yönelik girişimleri bulunmaktadır. Bu kurumlar farklı yöntem ve programlar aracılığıyla önleme çalışmalarını yürütmektedir. Bütünlüğün sağlanabilmesi adına kurumlar arası koordinasyonlarla yürütülen çalışmalar genel nüfusla birlikte özellikle çocuk ve gençleri hedef alan savunmasız nüfusun korunmasına yönelik tedbirler alır. Ayrıca, TRT gibi medya kuruluşları da önleme çalışmaları kapsamında sosyal, kültürel ve sportif faaliyetlere yönlendirme içeriğiyle yayınlar yaparak sağlıklı bir toplum yapısının oluşturulmasına katkıda bulunmaktadır. Ek olarak, bu anlamda Radyo ve Televizyon Üst Kurulu (RTÜK) tarafından kumar veya diğer bağımlılıklara karşı yayıncı kuruluşların denetlenmesi, koruyucu ve önleyici yayın politikaları geliştirilmesi için çalışmalar yürütülmektedir.

Türkiye'de yasal ve yasadışı bahis/kumarla mücadele alanındaki düzenlemeler ve bu alanda faaliyet gösteren bazı diğer kurumların rolleri ve sorumluluklarına spesifik olarak bakıldığında:

**Spor Toto Teşkilat Başkanlığı (STTB):** Türkiye'de spor müsabakalarına dayalı bahis ve şans oyunlarını düzenleyen ve denetleyen yetkili kurumdur. Ayrıca, yasadışı bahis ve kumarla mücadelede rol üstlenmektedir.

**Milli Piyango İdaresi Genel Müdürlüğü:** Çevrimiçi kumar oyunlarının yasadışı oynatılmasının takibi ve denetlenmesi, ilan ve reklamlarının önlenmesi konularında çalışmalar yürütmektedir.

Türkiye Jokey Kulübü (TJK): At yarışlarına dayalı bahisleri düzenleyen ve denetleyen yetkili kurumdur. Ayrıca, yasadışı bahis ve kumarla mücadelede rol üstlenmektedir.

Yeşilay: Bağımlılıkla mücadele alanında etkin rol ve sorumluluklara sahip, kumar bağımlılığı dahil tüm bağımlılıklar konusunda çok çeşitli faaliyetler sürdüren kuruluştur. Bu faaliyetler hem ulusal hem de uluslararası düzeyde çok boyutlu; eğitim, bilgilendirme çalışmalarından, danışmanlık hizmetlerine ve bilimsel araştırmaları destekleme ve bağımlılıkla mücadele yarışmalarına kadar uzanan geniş bir spektruma sahiptir. Daha etkin rol oynaması ve bu bağlamda etkinlik kapasitesinin genişlemesi için kamu desteğinden yararlanması önleme faaliyetlerinde oldukça önemlidir.

Son olarak, Türkiye’de Sorumlu Kumar yaklaşımını benimseyen yasal kumar sağlayıcısı olarak faaliyet gösteren Milli Piyango İdaresi'nin örneğine bakıldığında:

18 yaş altındaki bireylerin oyunlara katılımını ve ikramiye almalarını yasaklama ve bu kurallara uymayan bayilere karşı yaptırımlar uygulama, sanal ortam bayiler aracılığıyla kredi kullandırılmasını ve kredi kartlarından doğrudan tahsilat yapılmasını yasaklama, aşırı katılımı teşvik eden reklam ve tanıtım faaliyetlerinden kaçınma ve reklam bütçesinin büyük bir kısmını toplumsal fayda sunacak mecralara yönlendirme, bayilik sayısını sınırlı tutarak eğitim kurumlarına yakın yerlere bayilik vermeme, bağımlılık potansiyeli yüksek olan kumar türlerinden kaçınma, mevcut şans oyunları çekilişlerinin aralığını sınırlandırma, müşterek bahislerde ihtiyatlı bir yaklaşım sergileme ve kısıtlı yetki kullanımı, sayısal ve hemen kazan oyunlarını sanal ortamlarda oynanmasına izin vermeyerek yalnızca bayiler aracılığıyla sunma, otomatik satış terminalleri ve bilet satış otomatları gibi alternatif dağıtım kanallarını kullanmama KOB’u önlemeye ilişkin uygulamaları arasında yer almaktadır.

Özetle, bahsi geçen kurumlar ve programların faaliyetleri, toplumdaki bireylerin ve toplulukların korunmasında önemli bir role sahip olup bütüncül yaklaşımın göstergesidir. Ayrıca, iş birliği içinde yürütülen bu faaliyetler, yalnızca kumar bağımlılığını ve zararlı alışkanlıkları önlemeyi hedeflemekle kalmayıp, topluma sağlıklı bireyleri kazandırmayı amaçlamaktadır (MPİ, 2022; Yeşilay, 2022; BMYK, 2019; DDK, 2014).

Geleneksel kumar oyunlarının dijital ortama taşınmasıyla ortaya çıkan çevrimiçi kumar kavramı ile erişilebilirlik kolaylaşmış ve kumar oyunları çeşitliliğinde büyük bir artış meydana gelmiştir. Bu gelişmeler, kumar etkinliğine katılımın artmasına ve kumar bağımlılığının yaygınlaşmasına katkıda bulunmuştur. Çevrimiçi kumar bağımlılığı, küresel boyutta giderek yaygınlaşan bir halk sağlığı sorunudur. Türkiye’de kumar bağımlılığı ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında ‘‘çevrimiçi kumar’’ kavramının güncel bir araştırma alanı olduğu gözlenmiştir. Bu çalışmada, çevrimiçi kumar katılımı olan yetişkinlerin sosyo-demografik, kumarla ilişkili ve sağlıkla ilişkili özellikleri ile sosyal, sorunlu ve patolojik olmak üzere üç düzeyde kumar bağımlılık seviyeleri ve ilgili kumar ölçütleri ele alınarak, Türkiye’de çevrimiçi kumar oynayan yetişkin bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin tanımlanması ve çevrimiçi kumar bağımlılığında risk ve koruyucu faktörlerinin detaylı bir şekilde analiz edilmesi hedeflenmiştir. Çalışmanın amacı doğrultusunda, çevrimiçi kumar bağımlılığına müdahalede sosyo-demografik, psikolojik, bilişsel ve davranışsal faktörlerin etkisinin belirlenerek bu alanda etkili stratejiler geliştirilmesine katkı sunmak istenmektedir. Çalışmanın hipotezleri aşağıda yer almaktadır.

#### **Araştırma Hipotezleri:**

**H<sub>1</sub>:** Kumarla ilgili değişkenler ile sosyo-demografik değişkenler arasında ilişki vardır (bağımsız değildir).

**H<sub>2</sub>:** Kumarbaz Düzeyleri ile çeşitli sosyo-demografik değişkenler arasında bir ilişki vardır (bağımsız değildir).

**H<sub>3</sub>:** Kumarbaz Düzeyleri ile kumarla ilgili çeşitli değişkenler arasında bir ilişki vardır (bağımsız değildir).

**H<sub>4</sub>:** Ölçek ve ölçek alt boyut puanları çeşitli sosyo-demografik değişkenlere göre farklılaşır.

**H<sub>5</sub>:** Ölçek ve ölçek alt boyut puanları kumarla ilişkili değişkenlere göre farklılaşır.

**H<sub>6</sub>:** Ölçek ve ölçek alt boyut puanları kumarbaz düzeylerine göre farklılaşır.

## İKİNCİ BÖLÜM

### 2. YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde, katılımcılar, veri toplama araçları ve veri analizinde kullanılan yöntemler bulunmaktadır.

#### 2.1. KATILIMCILAR

Araştırmanın evrenini, çevrimiçi kumar oynayan (yaşam boyu en az bir defa), okuryazar, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı, yetişkin bireyler oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplanacak örneklem ise iradi örnekleme yöntemlerinden olan amaçlı örnekleme ve kartopu örnekleme yöntemleri kullanılarak belirlenmiş ve katılımcılara internet üzerinden çevrimiçi anket formu ile ulaşılmıştır.

G-Power 3.1.9.4 programı ile yapılmış olan güç analizi bulguları: etki büyüklüğü 0,20, tip 1 hata olasılığı ( $\alpha$ ) 0,05, ve 0,80 olasılıkla güç elde etmek için evreni temsil gücü ile örneklem büyüklüğü belirlenmiştir. Yapılan analiz sonucu çalışmanın amacına uygun olarak gruplar arası farkın anlamlılığı da dikkate alınarak minimum 458 katılımcı olarak örneklem büyüklüğü belirlenmiştir. Uygulanan örnekleme yöntemleri sonucunda araştırmanın örneklemini, 18-71 yaş aralığında, 167'si kadın, 389'u erkek olmak üzere 556 kişi oluşturmaktadır.

#### 2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmaya katılan yetişkin bireylere Demografik Bilgi Formu, İnternet Kumar Bağımlılığı Ölçeği (İKBÖ), Kumar Oynama Bozukluğu Tarama Testi (KOBTT), Kumar Oynama Nedenleri Ölçeği (KONÖ), Kumar Risk Tarama Ölçeği (KURT) ve Şans/Bahis Oyunları- Kumar ile İlişkili Düşüneler Ölçeği (GRCS-T) uygulanmıştır.

##### 2.2.1. Demografik Bilgi Formu

Çalışmanın amacına uygun olarak araştırmacı tarafından hazırlanan Demografik Bilgi Formu, araştırmaya katılan yetişkin bireylerin yaşı, cinsiyeti, eğitim

durumu, anne eğitim düzeyi, baba eğitim düzeyi, ilişki durumu, çocuk sayısı, yaşantısının büyük bölümünü nerede geçirdiği, çalışma durumu, çalışma yeri, çalışma şekli, çalışma süresi, aylık geliri, algılanan aile ilişkisi, sosyal destek algısı, boş zaman aktivitesi sıklığı, intihar girişimi durumu, psikiyatrik veya nörolojik tanı durumu, kumar katılım şekli, oynadığı çevrimiçi kumar türleri, en sık oynadığı çevrimiçi kumar türü, kumar başlangıç yaşı, kumara kimin aracılığıyla başladığı, başlangıçta büyük maddi kazanç/kayıp yaşama durumu, çevrimiçi kumar oynama sıklığı, çevresinde kumar oynayan kişiler, tütün ürünleri/sigara, alkol ve uyuşturucu madde tüketimi ve sıklığı, kumar bağımlılığı tedavisi alma durumu, tedavi aldıysa aldığı kurum, meslek grubu ve tedavi şekilleri, tedaviye başlangıç yaşı ve tedavi süresi sorularını içeren anket formudur.

### **2.2.2. İnternet Kumar Bağımlılığı Ölçeği (İKBÖ)**

Çevrimiçi kumar bağımlılığı düzeyini belirlemek amacıyla Karaibrahimoğlu ve diğerleri (2021) tarafından geliştirilmiştir. İlk olarak, çevrimiçi kumar bağımlılığına ilişkin 57 maddeyi kapsayacak şekilde hazırlanan taslak ölçek, kapsam geçerliliği için 10 uzman tarafından incelenmiştir. İnceleme sonucunda, kapsam geçerliği 0,893 bulunan 28 maddeden oluşan aday bir ölçek oluşturulmuştur. Yapılan değişikliklerle birlikte ölçeğin son hali toplamda 21 maddeden oluşmaktadır. Hiçbir zaman: 1, Nadiren: 2, Bazen: 3, Sıklıkla: 4, Her zaman: 5 şeklinde 5'li Likert ölçektir. Motivasyon: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, Bağımlılık: 13, 14, 15, 17, 20, 21 ve Olumsuz psikoloji: 11, 12, 16, 18, 19 olarak üç alt boyut bulunmakta ve toplam puan hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 21 ile 105 arasında değişmekte olup ters kodlanmış madde bulunmamaktadır. Ölçeğin tümü için Cronbach Alfa değeri 0,92'dir. Madde-toplam korelasyon değerleri 0,288 ile 0,803 arasında değişmektedir (Karaibrahimoğlu vd., 2021).

Çalışmanın bundan sonraki kısmında İnternet Kumar Bağımlılığı Ölçeğinden elde edilen puan İKBÖ puanı olarak ifade edilecektir.

### **2.2.3. Kumar Oynama Bozukluğu Tarama Testi (KOBTT)**

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA, 2013) tanı çerçevesinde kumar oynama bozukluğunun semptomlarını ve yaygınlığını Türk örneğine uygun olarak

değerlendiren standart bir ölçüm Kumar Bozukluğu Tarama Testi (GDST) Evren ve diğerleri (2020) tarafından geliştirilerek, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. GDST'nin iç tutarlılık katsayısı ilk çalışmada 0,93 ve ikinci çalışmada ise 0,92 olarak bulunmuştur. Hiçbir zaman:0, Evet, hayatımın bir döneminde: 1, Evet, geçen yıl: 2, Evet, geçen 3 ay: 3 şeklinde 4'lü Likert ölçektir. Ölçekte alt boyut bulunmamaktadır ve toplam puan hesaplanmaktadır. Toplamda 11 maddeden oluşmakta olup ters kodlanmış madde bulunmamaktadır. DSM-5'in dokuz ölçütüne karşılık gelmektedir. DSM-5'teki sekizinci maddenin içeriğindeki kumardan kaynaklanan sorunlar testte ilişki, eğitim ve iş/kariyer sorunları olarak üç bölüme ayrılmıştır. Toplam puan 0 ila 9 arasında değişmektedir. Puanlamada 8,9 ve 10. maddeler tek madde olarak hesaplanır. Dokuz madde üzerinden dört veya daha fazla ölçütü karşılanırsa ‘‘tanı konulur’’ ve (2) ve (3) yanıtları 1 puan olarak kodlanarak ölçüt (halen kumar oynama bozukluğu) karşılandı olarak değerlendirilir (Evren vd., 2020).

Çalışmanın bundan sonraki kısmında Kumar Oynama Bozukluğu Tarama Testi Ölçeğinden elde edilen puan KOBTT puanı olarak ifade edilecektir. Ayrıca, KOBTT puanları ile oluşturulan Kumarbaz Düzeyleri sosyal, sorunlu ve patolojik olmak üzere üç düzeyde tanımlanacaktır.

#### **2.2.4. Kumar Oynama Nedenleri Ölçeği (KONÖ)**

Kumar Oynama Nedenleri Ölçeği (KONÖ), patolojik kumar oynamayı güdüleyen psikolojik motivasyonları anlama amacıyla Lee ve diğerleri (2007) tarafından sosyalleşme, eğlenme, kaçınma, heyecanlanma ve para kazanmadan oluşan beş faktörlü bir kumar motivasyon modeli olarak geliştirilmiş olup, Arcan ve Karancı (2014) tarafından Türkiye örnekleminde geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılarak Türkçe 'ye uyarlanmıştır. Orijinal testte, Kumar oynama şiddeti üzerinde kaçınma ve heyecan faktörlerinin doğrudan etkisinin olmadığı ve parasal güdünün doğrudan olumlu bir etki gösterdiği bulunmuştur. Beş faktörlü kumar motivasyon ölçeği için iç tutarlılık katsayısı 0,94 olarak bulunmuştur (Lee vd., 2007). Ölçeğin Türk kültürüne uyarlama çalışmasından edinilen bulgulara göre; beş faktörlü modelin ölçek için uygun olduğu belirlenmiştir ancak eğlenme ve heyecanlanma alt boyutları için kumar oynama faktörleri anlamlı düzeyde ayrışmamıştır. Bununla beraber, eğlenme ve heyecanlanma faktörleri tek faktörde altında toplanarak dördü alt boyut içeren model

önerilmiştir. Ölçeğin tümü ve eğlenme ve heyecanlanma faktörleri tek faktörde altında toplanarak incelenen dört faktörün iç tutarlılık katsayıları sırasıyla, KONÖ'nün tümü için 0,89, eğlenme/heyecanlanma 0,86, kaçınma 0,79, para kazanma 0,89 ve sosyalleşme 0,76 olarak bulunmuştur. Kesinlikle katılmıyorum: 1, Kısmen katılmıyorum: 2, Ne katılıyorum ne katılmıyorum: 3, Kısmen Katılıyorum: 4, Kesinlikle Katılıyorum: 5 şeklinde 5'li Likert ölçektir. Eğlenme/heyecanlanma: 1, 5, 6, 10, 11, 15, 16, 20, 21, 25, 26, 30, 33, 35, Kaçınma: 3, 8, 13, 18, 23, 28, 32, Para Kazanma: 2, 7, 12, 17, 22, 27, 31, 34 ve Sosyalleşme: 4, 9, 14, 19, 24, 29 olarak dört alt boyut bulunmakta ve toplam puan hesaplanmaktadır. Toplamda 35 maddeden oluşan ölçekten alınacak puanlar 35 ile 175 arasında değişmekte olup ters kodlanmış madde bulunmamaktadır (Arcan ve Karancı, 2014).

Çalışmanın bundan sonraki kısmında Kumar Oynama Nedenleri Ölçeğinden elde edilen puan KONÖ puanı olarak ifade edilecektir.

### **2.2.5. Kumar Risk Tarama Ölçeği (KURT)**

Türkiye'de kumar risk düzeylerinin belirlenmesine uygun bir ölçüm aracının geliştirilmesi amacıyla Tekin ve diğerleri (2020) tarafından South Oaks Kumar Tarama Testi (South Oaks Gambling Screen-SOGS) kullanılarak ve geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılarak Kumar Riski Tarama Ölçeği (GRSS) geliştirilmiştir. İç tutarlılık değerleri sırasıyla, ölçeğin tamamı için 0,84, alt ölçeklerinin ise 0,82 ve 0,89 arasındadır. Hiçbir zaman: 0, Bazen: 1 ve Neredeyse her zaman: 2 şeklinde 3'lü Likert ölçektir. Kumar Davranışı: 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10 ve Ekonomik ve Sosyal Sorunlar: 3, 4, 5 olarak iki alt boyut bulunmakta ve toplam puan hesaplanmaktadır. Toplam 10 maddeden oluşmakta olup ters kodlanmış madde bulunmamaktadır. Alınacak toplam puan 0-20 aralığında olup 9,5 ve üzeri puanlar kumar oynama bakımından yüksek riskli kabul edilir (Tekin vd., 2020).

Çalışmanın bundan sonraki kısmında Kumar Risk Tarama Ölçeğinden elde edilen puan KURT puanı olarak ifade edilecektir.

### **2.2.6. Şans/Bahis Oyunları-Kumar ile İlişkili Düşünceler Ölçeği (GRCS-T)**

Kumara İlişkin Bilişler Ölçeği (The Gambling Related Cognitions Scale-GRCS)'nin orijinal versiyonu kumar oynayan kişilerin kumarla ilgili çeşitli bilişlerini

tarama amacıyla Raylu ve Oei (2004b) tarafından geliştirilmiştir. Arcan ve Karancı (2015) tarafından Türkiye örnekleminde geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılarak Şans/Bahis Oyunları-Kumar ile İlişkili Düşünceler Ölçeği (GRCS-T) adıyla Türkçe 'ye uyarlanmıştır. Yapılan analiz sonucunda beş faktör; yorumlayıcı kontrol/yanılma (GRCS-IB), kontrol yanılması (GRCS-IC), tahmine dayalı kontrol (GRCS-PC), kumarla ilgili beklentiler (GRCS-GE), kumar oynamayı bırakma konusunda algılanan yetersizlik (GRCS-IS) olarak tanımlanmıştır. Faktörlerin iç tutarlılık katsayıları 0,77 ile 0,91 arasında değişmektedir. 7'li likert tipte, 23 madde ve 5 alt boyuttan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir (Raylu ve Oei, 2004b). Şans/Bahis Oyunları-Kumar ile İlişkili Düşünceler Ölçeği (GRCS-T), orijinal ölçeğin beş faktörlü yapısı ile uyumludur. İki GRCS-T maddesinin (3 ve 19) analizlere dahil edildiğinde GRCS-IC, GRCS-PC ve ölçeğin tamamına ait iç tutarlılığını azaltması nedeniyle analizler 21 madde ile gerçekleştirilmiştir. 21 maddeden oluşan ölçeğin Cronbach Alfa değerleri 0,52 ile 0,84 arasında değişmektedir. Kesinlikle katılmıyorum: 1, Büyük ölçüde katılmıyorum: 2, Kısmen katılmıyorum: 3, Ne katılıyorum ne katılmıyorum: 4, Kısmen katılıyorum: 5, Büyük ölçüde katılıyorum: 6 ve Kesinlikle katılıyorum: 7 şeklinde 7'li Likert ölçeğidir. Kumar oynamayı durduramama düşünceleri: 2, 7, 12, 17, 21, Kontrol etme illüzyonu: 8, 13, 18, Kumar oynama beklentileri: 1, 6, 11, 16, Yoruma dayalı önyargı: 5, 10, 15, 20 ve Tahmini kontrol: 4, 9, 14, 22, 23 olarak beş alt boyut bulunmakta ve toplam puan hesaplanmaktadır. Toplamda 21 maddeden oluşan ölçekten alınacak puanlar 21 ile 147 arasında değişmekte olup ters kodlanmış madde bulunmamaktadır (Arcan ve Karancı, 2015).

Çalışmanın bundan sonraki kısmında Şans/Bahis Oyunları-Kumar ile İlişkili Düşünceler Ölçeğinden elde edilen puan GRCS-T puanı olarak ifade edilecek olup Kumar Oynamayı Durduramama Düşünceleri Kontrol Etme İllüzyonu, Kumar Oynama Beklentileri, Yoruma Dayalı Ön Yargı, Tahmini Kontrol alt boyutları da sırasıyla; GRCS-T\_KODD, GRCS-T\_KOEİ, GRCS-T\_KOBE, GRCS-T\_YDÖY ve GRCS-T\_TK olarak tanımlanacaktır.

### 2.3. İŞLEM

Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Etik Kurul'u tarafından veri toplama uygunluğu değerlendirilen kişisel bilgi formunu ve ölçekleri içeren anket formu için etik onayı (Evrak Tarih ve Sayısı: 11.01.2024-397, Karar Tarihi 08/01/2024 Karar Sayısı 31/17) alındıktan sonra (Bkz. EK-1) anket formu internet üzerinden çeşitli platformlarla ve kişilerle paylaşılmış olup katılım koşullarını ve anket formuna yönlendiren karekod görüntüsünü içeren bir poster hazırlanarak basılı olarak çeşitli panolara asılmıştır. Katılımcılar, bilgilendirilmiş onam formu ile araştırma hakkında bilgilendirilmiş olup veri toplama sürecinde gizlilik ilkesine bağlı kaldığı ve sonuçların literatüre katkı sunacağı vurgulanmıştır. Katılımcılar gönüllülük esasına dayalı olarak katılım sağlamıştır. Çalışma için katılımcılara; sıralı olarak, Onam Formu, Demografik Bilgi Formu, İnternet Kumar Bağımlılığı Ölçeği (İKBÖ), Kumar Oynama Bozukluğu Tarama Testi (KOBTT), Kumar Oynama Nedenleri Ölçeği (KONÖ), Kumar Risk Tarama Ölçeği (KURT) ve Şans/Bahis Oyunları-Kumar ile İlişkili Düşünceler Ölçeği (GRCS-T) bir batarya halinde hazır olarak sunulmuş ve doldurulması beklenmiştir. Veri toplama süreci 15 Ocak 2024 ila 23 Mart 2024 tarihleri arasında devam etmiş olup yalnızca çevrimdışı kumar oynadığını belirten katılımcılar (206 kişi) sistem tarafından otomatik olarak çıkartılarak 556 kişiden veri toplanmıştır.

### 2.4. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmaya dahil edilen veri Google Forms üzerinden SPSS (Statistical Program in Social Sciences) 27.0.1.0 versiyonuna aktarıldıktan sonra veri analizleri gerçekleştirilmiştir.

İlk olarak, örneklemin sosyo-demografik, kumar ile ilişkili ve sağlıkla ilişkili özelliklerinin dağılımı incelenerek tanımlayıcı istatistikler elde edilmiştir. Ardından, katılımcıların dahil olacağı kumarbaz düzeyi kategorilerini belirlemek amacı ile analiz yapılmıştır.

Kumar Oynama Bozukluğu Tarama Testi (KOBTT) Ölçeğinin orijinal puanlama sisteminde (Bkz. 2.3.3.), maddeler 0 ila 3 puan arasında dört farklı şekilde (hiçbir zaman= 0 ve evet, hayatımın bir döneminde= 1, evet, geçen yıl= 2, evet, geçen 3 ay= 3) işaretlenebilmektedir. Toplam puan hesaplanırken, 0 puanı aynı kalarak, 2 ve

3 puanları 1 puan olarak kodlanmakta olup tüm sorular için toplamda 4 ve üzerinde puan alanlar yaşam boyu kumar oynama bozukluğu karşılandı ve 4 aşağısında puan alanlar yaşam boyu kumar oynama bozukluğu karşılanmadı şeklinde tanımlanmaktadır. Ancak, araştırmanın amacı doğrultusunda ölçekten alınan puanlara göre katılımcıları ‘sosyal kumarbaz’, ‘sorunlu kumarbaz’ ve ‘patolojik kumarbaz’ olmak üzere kumar bağımlılık düzeylerine ayırarak kategoriler arası farklılıkların belirlenmesi hedeflenmiştir. Bu sebeple, aşağıdaki işlemler yapılarak kategoriler oluşturulmuştur. İlk olarak 8.,9. ve 10. maddeler birleştirildikten sonra ölçeğin orijinal kodlaması yapılarak, toplam puan alınmıştır ve toplamda 0 puan alan katılımcılar hiçbir sorun geliştirmeden kumar oynamaya devam eden ‘sosyal kumarbaz’ kategorisine yerleştirilmiştir. DSM-5’e (APA, 2013) göre 12 aylık süre içinde 9 kriterden 4’ünün karşılandığı takdirde Kumar Oynama Bozukluğu tanısı konulmaktadır. Ayrıca, ICD-11’de (DSÖ, 2023) ‘belirtiler şiddetliyse ve tüm tanı ölçütleri karşılanıyorsa, tanı için gerekli süre kısalabilir’ ibaresi bulunmaktadır (Bkz 1.2.1.1.1.). Tanı ölçütleri ve destekleyen literatür bulguları ışığında, kategorilere ayırırken tip 1 hatayı arttırmamak için geçen yıl (2 puan) ve geçen 3 ay (3 puan) 1 puan olarak kodlanırken hayatımın bir döneminde (1 puan) ve hiçbir zaman (0 puan) 0 puan olarak kodlanmıştır. Bu ikinci oluşturulan kodlamanın ardından toplam puan alınarak 4 puanın üzerinde kalan katılımcılar, ‘patolojik kumarbaz’ kategorisine dahil edilmiştir. Son olarak, klinik eşiğin altında kalarak, patolojik kumar kriterlerini karşılamayan ancak kumarla ilişkili belirli sorunlar yaşayan ve bu nedenle sosyal kumarbaz da sayılmayarak ‘sorunlu kumarbaz’ olarak sınıflandırılan kişiler (1-3 puan aralığındaki, geride kalan tüm katılımcılar) ‘sorunlu kumarbaz’ kategorisine dahil edilerek üç düzey oluşturulmuştur (Yeşilay, 2022; Tomei vd., 2022; Zou vd., 2017; Ashley ve Boehlke, 2012; Fong vd., 2012; Shaffer ve Martin, 2011; Neal vd., 2005; Australia, 2005; Blaszczynski ve Nower, 2002; Sharpe, 2002; Shaffer vd., 1999b).

KOBTT ölçeğinden alınan puanlar kategorilere ayrıldıktan sonra yapılan tüm analizler kumarbaz düzeylerine göre gerçekleştirilmiştir. Öncelikle, örneklemin kumarbaz düzeyleri açısından dağılımı incelenerek tanımlayıcı istatistikler elde edilmiştir.

Daha sonra, araştırma amacına uygun olarak araştırmada yer alan kategorik değişkenlerin (kumarla ilişkili değişkenler, sosyo-demografik değişkenler, kumarbaz düzeyleri, sağlıkla ilişkili değişkenler) kategorilerine ilişkin dağılımları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacı ile Ki-Kare analizi ile karşılaştırmalar gerçekleştirilmiştir. Ardından, araştırmada bulunan her ölçek ve alt boyutları için güvenirlik katsayıları hesaplanmış ve tamamında Cronbach  $\alpha$  değeri 0,70'in üzerinde bulunmuştur. Daha sonra araştırmadaki her ölçek ve alt boyutları için tanımlayıcı istatistikler elde edilmiş olup ölçek puanları ile alt boyut puanlarının dağılım özellikleri incelenmiştir.

Ayrıca, ölçek puanları ve alt boyut puanları dağılımının normallik sınaması yapılmıştır. Normallik sınaması sonuçlarına göre tüm ölçek puanları ve alt boyut puanlarında KS istatistiğine göre p değeri 0,05'ten küçük olduğundan temel hipotez reddedilmekte olup dağılımın normal dağılım olmadığı kabul edilmiştir. Normal dağılım varsayımı sağlanmaması nedeniyle, tüm ölçek puanları ve alt boyut puanları için ortalama ile medyan ve kırılmış ortalama değerlerinin yakınlıkları, eğiklik ve basıklık değerlerinin standart hata değerlerine bölünmesi ile hesaplanan standart eğiklik ve basıklık ölçülerinin  $\pm 3$  aralığında olup olmadığı, dağılımların çeyrekler arası aralığının standart sapmaya bölünmesi ve yüz ile çarpımının 1,3 değeri civarında olup olmaması, değişim katsayısının  $(SS/Ortalama \times 100)$  %30'un altında olup olmaması ve histogram ve kutu grafiklerinin simetrik olup olmadığı incelenmiştir.

Tüm bu incelemelerin sonucunda dağılımların normal varsayılamaması nedeniyle ölçek puanları ve alt boyut puanları ile araştırmada yer alan kategorik değişkenlerin (kumarla ilişkili değişkenler, sosyo-demografik değişkenler, kumarbaz düzeyleri, sağlıkla ilişkili değişkenler) kategorileri açısından karşılaştırmaları iki kategorili değişkenler için Mann Whitney U Testi, ikiden fazla kategoriye sahip değişkenler (kumarla ilişkili değişkenler, sosyo-demografik değişkenler, kumarbaz düzeyleri, sağlıkla ilişkili değişkenler) için Kruskal-Wallis Testi aracılığıyla analiz edilerek, kategoriler arası farklılıklar Mann Whitney U Testi ile Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırmalar yapılarak hesaplanmıştır.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### 3. BULGULAR

Bu bölümde araştırma örnekleminin tanımlayıcı özellikleri ve araştırmanın amacına uygun olarak belirlenen hipotezler doğrultusunda gerçekleştirilen analiz sonuçları yer almaktadır.

İlk olarak, örneklemin sosyo-demografik özelliklerinin (Tablo 1., Tablo 1.1., Tablo 2., Tablo 3.), kumar ile ilişkili özelliklerinin (Tablo 4., Tablo 4.1., Tablo 4.2.) ve sağlıkla ilişkili özelliklerinin (Tablo 5., Tablo 6., Tablo 6.1., Tablo 6.2.) dağılımları ve tanımlayıcı istatistik değerleri belirlenmiştir. Ardından, araştırma ölçek ve alt boyutlarının güvenirlik katsayıları hesaplandıktan sonra (Tablo 7.) örneklemin ölçek puanlarına ve alt boyut puanlarına ait tanımlayıcı istatistik değerleri (Tablo 8.) sunulmuştur. Ayrıca, örneklemin Kumarbaz Düzeyleri açısından dağılımına (Tablo 9.) yer verilmiştir. Daha sonra, her bir hipotez için analizler gerçekleştirilmiş ve yorumlanmıştır. Araştırmada bulunan kategorik değişkenler arasında bir ilişki olup olmadığının incelemesi Ki-Kare Bağımsızlık testi ile gerçekleştirilerek çeşitli kategorik değişkenlerin bağımsız olup olmadığı karşılaştırmalarına (Tablo 10., Tablo 11., Tablo 12., Tablo 13., Tablo 14., Tablo 15., Tablo 16.) yer verilmiştir. Daha sonra, örneklemin ölçek puanları ile alt boyut puanları dağılımının normallik sınaması sonuçlarına (Tablo 17.) yer verilmiş olup, ölçek puanları ile alt boyut puanlarının iki kategorili çeşitli değişkenlere göre farklılaşp farklılaşmadığını incelemek için Mann Whitney U Testi yapılarak (Tablo 18., Tablo 19. Tablo 20. Tablo 21. Tablo 22. Tablo 23. Tablo 24. Tablo 25. Tablo 26. Tablo 27. Tablo 28.) analiz sonuçlarını eklenmiştir. Son olarak, araştırma örnekleminin ölçek puanları ile alt boyut puanlarının, ikiden fazla kategorili çeşitli değişkenlere göre farklılaşp farklılaşmadığını incelemek için Kruskal-Wallis Testi yapılarak (Tablo 29., Tablo 30., Tablo 31., Tablo 32., Tablo 33., Tablo 34., Tablo 35., Tablo 36., Tablo 37., Tablo38., Tablo 39., Tablo 40., Tablo 41., Tablo 42.) inceleme sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 1.** Örneklemin Demografik Değişkenler Açısından Dağılımı

Değişkenler		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	167	30,0
	Erkek	389	70,0
Eğitim Düzeyi (Mezun)	Okula Gitmedi	1	0,2
	İlköğretim	11	2,0
	Lise	171	30,8
	Ön Lisans	70	12,6
	Lisans	253	45,5
	Yüksek Lisans ve Doktora	50	9,0
Anne Eğitim Düzeyi (Mezun)	Okula Gitmedi	28	5,0
	İlkokul	168	30,2
	Ortaokul	118	21,2
	Lise	144	25,9
	Ön Lisans	26	4,7
	Lisans	62	11,2
Yüksek Lisans ve Doktora	10	1,8	
Baba Eğitim Düzeyi (Mezun)	Okula Gitmedi	7	1,3
	İlkokul	154	27,7
	Ortaokul	98	17,6
	Lise	162	29,1
	Ön Lisans	26	4,7
	Lisans	93	16,7
Yüksek Lisans ve Doktora	16	2,9	
İlişki Durumu	Partneri Var	292	52,5
	Partneri Yok	264	47,5
İlişki Durumu	Bekar	248	44,6
	Partneri var/Nişanlı	151	27,2
	Evli	141	25,4
	Dul ve Boşanmış	16	2,9
Yaşanılan Yer	Metropol-Büyük Şehir	382	68,7
	İl Merkezi	93	16,7
	İlçe	61	11,0
	Köy-Kasaba	12	2,2
	Yurtdışı	8	1,4
Çocuk Sahibi Olma	Yok	457	82,2
	Var	99	17,8
<b>Toplam</b>		556	100,0

Araştırmaya katılan 556 kişinin %30'u (167 kişi) kadın ve %70'i (389 kişi) erkektir. Katılımcıların en son mezun oldukları eğitim derecesine bakıldığında, okula gitmeyenler %0,2 (1 kişi), ilköğretim mezunları %2 (11 kişi), lise mezunları %30,8 (171 kişi), ön lisans mezunları %12,6 (70 kişi), lisans mezunları %45,5 (253 kişi) ve yüksek lisans ve doktora mezunları ise %9 (50 kişi) oranındadır. Katılımcıların ebeveynlerinin eğitim düzeylerine bakıldığında, anneleri için: okula gitmeyenler %5 (28 kişi), ilkokul mezunları %30,2 (168 kişi), ortaokul mezunları %21,2 (118 kişi), lise mezunları %25,9 (144 kişi), ön lisans mezunları %4,7 (26 kişi), lisans mezunları %11,2 (62 kişi) ve yüksek lisans ve doktora mezunları %1,8 (10 kişi), babaları için:

okula gitmeyenler %1,3 (7 kişi), ilkokul mezunları %27,7 (154 kişi), ortaokul mezunları %17,6 (98 kişi), lise mezunları %29,1 (162 kişi), ön lisans mezunları %4,7 (26 kişi), lisans mezunları %16,7 (93 kişi), yüksek lisans ve doktora mezunları ise %2,9 (16 kişi) olarak belirtilmiştir. Katılımcıların ilişki durumuna bakıldığında, bekâr olanlar %44,6 (248 kişi) ve dul ve boşanmışlar %2,9 (16 kişi) oranları ile %47,5'in (264 kişi) bir partneri olmadığı ve partneri olan veya nişanlılar %27,2 (151 kişi) ve evliler %25,4 (141 kişi) oranları ile %52,5'in (292 kişi) partneri olduğu gözlenmiştir. Kişilerin yaşantılarının büyük bölümünü geçirdikleri yerler incelendiğinde, metropolde veya büyük şehirde yaşayanlar %68,7 (382 kişi) oranı ile örneklemin yarıdan fazlasını oluştururken, il merkezinde yaşayanlar %16,7 (93 kişi), ilçede yaşayanlar %11 (61 kişi), köy-kasabada yaşayanlar %2,2 (12 kişi) ve yurtdışında yaşayanlar %1,4 (8 kişi) oranlarıyla örneklemin kalanını oluşturmaktadır. Ayrıca, katılımcıların %82,2'si (457 kişi) çocuk sahibi değilken, %17,8'i (99 kişi) çocuk sahibidir (Bkz. Tablo 1.).

**Tablo 1.1.** Örneklemin Yaş ve Çocuk Sayısı Betimleyici İstatistik Değerleri

Değişkenler	n	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{X}$	SS	Medyan	IQR
Yaş	556	18	71	28,46	8,06	26,0	8
Çocuk Sayısı	99	1	8	1,69	1,05	1,0	1

IQR: Çeyrekler Arası Aralık,  $\bar{X}$ : Ortalama, SS: Standart Sapma

Yaş değişkeni için örneklemdaki en küçük değer 18, en büyük değer 71 olarak gözlemlenmiş olup katılımcıların yaş ortalaması 28,46, medyan değeri 26, çeyrekler arası aralığı ise 8 ve standart sapma değeri 8,06 olarak bulunmuştur. Çocuk sayısı değişkeninde ise örneklemin en küçük değeri 1 olup en büyük değeri ise 8'dir. Çocuk sayısı ortalaması 1,69, medyan değeri 1,0 ve çeyrekler arası aralık değeri 1 olarak görülmüş ve standart sapma 1,05 olarak belirlenmiştir (Bkz. Tablo 1.1.).

**Tablo 2.** Örneklemin Gelir Düzeyi ve Çalışma Durumu Açısından Dağılımı

Değişkenler	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Aylık Gelir Düzeyi	0-17.002 TL	28,6
	17.003-34.000 TL	32,9
	34.001-51.000 TL	19,2
	51.001-68.000 TL	7,2
	68.001-85.000 TL	4,1
	85.001 TL ve üzeri	7,9
Aylık Gelir Düzeyi	Düşük (0-34.000 TL)	61,5
	Orta (34.001-68.000 TL)	26,4
	Yüksek (68.001 TL ve üzeri)	12,1
Çalışma Durumu	Çalışmayan	27,9
	Çalışan	72,1
Çalışma Durumu	Emekli	2,0
	Öğrenci	18,7
	İşsiz-Çalışmıyor	7,2
	Çalışıyor	65,3
	Öğrenci/Emekli ve Çalışıyor	6,8
<b>Toplam</b>	<b>556</b>	<b>100,0</b>
Çalışma Yeri	İşyeri	75,1
	Uzaktan	8,7
	Hibrit	16,2
Çalışma Şekli	Tam Zamanlı	81,3
	Yarı Zamanlı	6,2
	Serbest Zamanlı (Esnek)	12,5
Çalışma Süresi (Haftalık)	30 saatten az	13,0
	30-45 saat arası	53,1
	45 saatten fazla	33,9
<b>Toplam</b>	<b>401</b>	<b>100,0</b>

Araştırma örnekleminin aylık gelir düzeyi dağılımı güncel asgari ücret ve katlarına göre ifade edildiğinde, asgari ücret veya altında olan 0-17.002 TL aralığında %28,6 (159 kişi), asgari ücret üzeri veya iki katı olan 17.003-34.000 TL aralığında %32,9 (183 kişi), asgari ücretin iki katından fazla veya üç katı olan 34.001-51.000 TL aralığında %19,2 (107 kişi), asgari ücretin üç katından fazla veya dört katı olan 51.001-68.000 TL arasında %7,2 (40 kişi), asgari ücretin dört katından fazla veya beş katı olan 68.001-85.000 TL aralığında %4,1 (23 kişi) ve asgari ücretten en az 5 kat daha yüksek olan 85.001 TL ve üzeri aylık geliri olanlar %7,9 (44 kişi) oranlarıyla gözlenmiştir. Ayrıca, asgari ücretin ikişer katına tekabül edecek şekilde birleştirilen üç kategorili gelir düzeyinde, örneklemin %61,5'i (342 kişi) düşük gelirli, %26,4'ü (147 kişi) orta gelirli ve %12,1'i (67 kişi) yüksek gelirlidir. Katılımcıların çalışma durumuna bakıldığında, %2'sinin (11 kişi) emekli, %18,7'sinin (104 kişi) öğrenci ve %7,2'sinin (40 kişi) ise işsiz olduğu gözlenmiş olup toplamda çalışmayan katılımcılar örneklemin %27,9'unu (155 kişi) oluşturmaktadır. Bununla birlikte, çalıştığını belirtenler %65,3

(363 kişi) ile birlikte öğrenci veya emekli olup çalıştığını belirtenler %6,8 (38 kişi) oranında gözlenmiş olup toplamda örneklemin %72,1'ini (401 kişi) çalışan katılımcılar oluşturmaktadır. Çalışan katılımcıların, %75,1'i (301 kişi) iş yerinde, %8,7'si (35 kişi) uzaktan ve %16,2'si (65 kişi) hibrit çalışmaktadır. Tam zamanlı çalışanlar %81,3 (326 kişi), yarı zamanlı çalışanlar %6,2 (25 kişi) ve serbest zamanlı çalışanlar % (50 kişi) oranlarıyla görülmektedir. Haftalık çalışması süresine bakıldığında ise %13,0'ın (52 kişi) 30 saat ve altında, %53,1'in (213 kişi) 30-45 saat arasında ve %33,9'un (136 kişi) 45 saat ve üzerinde süre ile çalıştığı tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 2.).

**Tablo 3.** Örneklemin Aile İlişkileri, Sosyal Destek ve Aktivite Sıklığı Açısından Dağılımı

Değişkenler		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Algılanan Aile İlişkileri	İyi	358	64,4
	Orta	180	32,4
	Kötü	18	3,2
Sosyal Destek Alma Durumu	Alırım	427	76,8
	Alamam	28	5,0
	Kısmen	101	18,2
Boş Vakitleri Keyifli/Sağlıklı Aktivitelerle Geçirme Sıklığı	Hiçbir Zaman	9	1,6
	Nadiren	88	15,8
	Bazen	246	44,2
Boş Vakitleri Keyifli/Sağlıklı Aktivitelerle Geçirme Sıklığı	Sıklıkla	213	38,3
	Hiçbir Zaman/Nadiren	97	17,4
	Bazen	246	44,2
Boş Vakitleri Keyifli/Sağlıklı Aktivitelerle Geçirme Sıklığı	Sıklıkla	213	38,3
	<b>Toplam</b>	<b>556</b>	<b>100,0</b>

Araştırma örnekleminin, %64,4'ü (358 kişi) aile ilişkilerini iyi, %32,4'ü (180 kişi) orta ve %3,2'si (18 kişi) kötü olarak değerlendirmiştir. Sosyal destek durumuna bakıldığında, örneklemin %76,8'i (427 kişi) aldığını, %18,2'si (101 kişi) kısmen aldığını ve %5,0'ı (28 kişi) alamadığını belirtmiştir. Boş zamanlarını kumar haricinde, keyifli/sağlıklı aktivitelerle geçirme sıklıklarına bakıldığında ise, %38,3'ü (213 kişi) sıklıkla, %44,2'si (246 kişi) bazen, %15,8'i (88 kişi) nadiren vakit ayırırken, %1,6'sı (9 kişi) hiçbir zaman olarak belirtmiş olup toplamda hiçbir zaman/nadiren olarak belirten kişiler %17,4 (97 kişi) oranındadır (Bkz. Tablo 3.).

**Tablo 4.** Örneklemin Kumar ile İlgili Özellikleri Açısından Dağılımı

<b>Değişkenler</b>		<b>Kişi Sayısı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Kumar Katılım Şekli	Yalnızca Çevrimiçi	308	55,4
	Hem Çevrimiçi Hem Çevrimdışı	248	44,6
Kumar Oynama Başlangıç Yaşı	18 yaş ve altı	171	30,7
	18 yaş üzeri	385	69,3
Kumar Oynama Başlangıç Yaşı	Çocukluk (13 yaş altı)	14	2,5
	Ergenlik (13-18 yaş)	157	28,2
	Genç Yetişkinlik (18-25 yaş)	280	50,4
	Yetişkinlik (25 yaş ve üzeri)	105	18,9
Çevrimiçi Kumar Oyunlarına Katılım Sıklığı	Her Gün	38	6,8
	Haftada Birkaç Kez	102	18,3
	Ayda Birkaç Defa	87	15,6
	Yılda Birkaç Kez	106	19,1
Çevrimiçi Kumar Oyunlarına Katılım Sıklığı	Geçmiş Yıllarda Oynadım	223	40,1
	Her Gün/ Haftada Birkaç Kez	140	25,2
	Ayda Birkaç Defa	87	15,6
	Yılda Birkaç Kez/Geçmiş Yıllarda	329	59,2
Kim Aracılığı ile Başlandığı	Arkadaş	339	61,0
	Aile Üyeleri	37	6,7
	Partner	26	4,7
Kumar Oynanan İlk Zamanlarda Büyük Maddi Kazanç veya Kayıp Durumu	Hiç Kimse/Kendim	154	27,7
	Kazanç Yaşama	109	19,6
	Kayıp Yaşama	36	6,5
	Hem Kazanç Hem Kayıp Yaşama	141	25,4
Çevrede Kumar Oynayan	Hiçbiri	270	48,6
	Yok	72	12,9
Çevrede Kumar Oynayan Kişiler	Var	484	87,1
	Aile Üyeleri	20	3,6
	Arkadaşlar	408	73,4
	Hem Aile Hem Arkadaşlar	56	10,1
Yaşam Boyu Kumar Türlerine Katılım Sayısı	Hiç Kimse	72	12,9
	1 Oyun	74	13,3
	2-5 Oyun	299	53,8
	5 ve üzeri Oyun	183	32,9
En Sık Oynanan/Tercih Edilen Çevrimiçi Kumar Oyunları	Poker Türleri	15	2,7
	Slot Türleri	175	31,5
	Blackjack Türleri	26	4,7
	Rulet Türleri	34	6,1
	Kazı Kazan/Tombala/Keno/Plinko	33	5,9%
	Spor Bahisleri	180	32,4%
	Yarış Bahisleri	9	1,6%
	Piyango Türleri	60	10,8%
En Sık Oynanan/Tercih Edilen Çevrimiçi Kumar Oyunları	Diğer	24	4,3
	Slot Türleri	175	31,5
	Bahis Türleri	189	34,0
	Şans Oyunları (Piyango, Rulet vd.)	151	27,2
<b>Toplam</b>	Şans ve Beceri Oyunları (Pkr,bjk vd.)	41	7,4
		556	100,0

Araştırma örnekleminin yaşam boyu kumar katılım şekillerine göre dağılım incelendiğinde, %55,4'ü (308 kişi) yalnızca çevrimiçi ve %44,6'sı (248 kişi) hem çevrimiçi hem çevrimdışı kumar oynadığı belirtmiştir. Kumar oynamaya başlama yaşına bakıldığında, örneklemin %2,5'i (14 kişi) çocukluk (13 yaş altı), %28,2'si (157 kişi) ergenlik (13-18) döneminde olmak üzere %30,7'sinin (171 kişi) 18 yaş ve altında başladığı ve %50,4'ü (280 kişi) genç yetişkinlik (18-25), %18,9'u (105 kişi) yetişkinlik (25 yaş ve üzeri) olmak üzere %69,3'ün (385 kişi) 18 yaş üzerinde başladığı görülmüştür. Katılımcıların çevrimiçi kumar oyunlarına katılım sıklıklarına bakıldığında, %6,8'i (38 kişi) her gün ve %18,3'ü (102 kişi) haftada birkaç kez olmak üzere her gün/haftada birkaç kez oynayanlar %25,2 (140 kişi) oranında gözlenirken, %15,6'sı (87 kişi) ayda birkaç kez oynamaktadır. Ayrıca, %19,1'i (106 kişi) yılda birkaç kez oynadığını belirtmiş olup, %40,1'i (223 kişi) geçmiş yıllarda oynamıştır. Yılda Birkaç Kez/Geçmiş Yıllarda oynayanlar %59,2 (329 kişi) oranında gözlenmiştir. Örneklemin %61'inin (339 kişi) kumara başlamasında arkadaşlarının aracılık ettiği görülürken, %6,7'si (37 kişi) anne, baba, kardeş, çocuk ve akrabadan oluşan aile üyeleri ve %4,7'si (26 kişi) partneri aracılığıyla başlamıştır. Bununla birlikte, %27,7'sinin (154 kişi) bir aracılık söz konusu olmadan başladığı saptanmıştır. Kumar oynamaya başlanan ilk zamanlarda, örneklemin %19,6'sı (109 kişi) büyük maddi kazanç, %6,5'i (36 kişi) büyük bir maddi kayıp ve %25,4'ü ise (141 kişi) her ikisini de yaşamıştır. Hiçbirini yaşamayanlar ise %48,6 (270 kişi) oranındadır. Araştırma örnekleminin %87,1'inin (484 kişi) çevresinde kumar katılımı olan kişiler bulunurken, %12,9'unun (72 kişi) bulunmamaktadır. Çevresinde kumar oynayan kişilerin bulunduğunu belirten katılımcıların, %73,4'ünün (408 kişi) arkadaşlarının, %3,6'sının (20 kişi) anne, baba, kardeş, eş ve çocuktan oluşan aile üyelerinin, %10,1'inin (56 kişi) hem aile üyeleri hem de arkadaşlarının çevrimiçi kumar oynadığı gözlenmiştir. Örneklemin yaşam boyu kaç adet çevrimiçi kumar oyunu türüne katılım gösterdiğine bakıldığında, %13,3'ü (74 kişi) yalnızca 1 oyuna, %53,8'i (299 kişi) 2 ila 5 oyuna ve %32,9'u (183 kişi) 5 ve üzeri oyuna katılım sağlamıştır. En sık tercih edilen çevrimiçi kumar türlerinde, spor bahisleri %32,4 (180 kişi) oranında ilk sırada yer alırken, %31,5 (175 kişi) ile ardından slot türleri gelmektedir. Üçüncü en popüler oyun olarak %10,8 (60 kişi) ile piyango türleri tercih edilmiş olup rulet türleri %6,1 (34 kişi) ile dördüncü, kazı kazan/yazı tura/tombala/keno/plinko %5,9 (33 kişi) ile beşinci ve blackjack türleri

%4,7 (26 kişi) ile altıncı sıradadır. Ayrıca, tanımlanan oyunlar haricinde en çok başka bir türe katılım gösterdiğini belirtenler %4,3 (24 kişi) oranındadır. Poker türleri %2,7 (15 kişi) ile tercih edilirken, %1,6 (9 kişi) ile en az tercih edilen tür yarış bahisleridir. Ek olarak, en sık oynanan çevrimiçi kumar oyunları örneklem dağılımı ve oyunun dayandığı faktör dikkate alınarak ortak kategoriler oluşturulmuştur. Slot türleri hariç yalnızca şans faktörüne dayanan oyunlar (Piyango, Rulet, Kazı Kazan/Yazı Tura/Keno/Plinko, Zar/Barbut/Craps, Diğer) birleştirilerek %27,2'i (151 kişi) oranında tercih edilen Şans Oyunları kategorisi oluşturulmuştur. Benzer şekilde, spor ve yarış bahisleri toplamda %34,0 (189 kişi) oranında tercih edilmiş olup Bahis Türleri kategorisinde birleştirilmiştir. Bahis türleri hariç beceri hem şans faktörüne dayanan türler (Poker, Blackjack, Baccarat) %7,4 (151 kişi) oranında gözlenmiş olup Şans ve Beceri Oyunları kategorisine dahil edilmiştir (Bkz. Tablo 4.).

**Tablo 4.1.** Örneklemin Kumar Başlangıç Yaşı Betimleyici İstatistik Değerleri

Değişken	n	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{X}$	SS	Medyan	IQR
Kumar Başlangıç Yaşı	556	5	57	19,92	5,84	19,0	6

IQR: Çeyrekler Arası Aralık,  $\bar{X}$ : Ortalama, SS: Standart Sapma

Kumar oynama başlangıç yaşı için örneklemdaki en küçük değer 5, en büyük değer 57 olarak bulunmuştur. Ortalaması 19,92, medyanı 19 ve çeyrekler arası aralığı 6 ve standart sapma değeri 5,84 olarak hesaplanmıştır (Bkz. Tablo 4.1.).

**Tablo 4.2** Örneklemin Çevrimiçi Kumar Türlerine Göre Katılım Oranları Dağılımı

Oyun Türü	Oynayan		Oynamayan	
	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Poker Türleri	177	31,8	379	68,2
Slot Türleri	361	64,9	195	35,1
Blackjack Türleri	254	45,7	302	54,3
Rulet Türleri	269	48,4	287	51,6
Baccarat Türleri	64	11,5	492	88,5
Zar/Barbut/Craps	113	20,3	443	79,7
Spor Bahisleri	433	77,9	123	22,1
Yarış Bahisleri	157	28,2	399	71,8
Piyango	371	66,7	185	33,3
Diğer Şans Oyunlar	318	57,2	238	42,8

Araştırma örnekleminin çevrimiçi kumar oyun türlerine göre yaşam boyu en az bir defa katılım oranları sırasıyla değerlendirildiğinde, %77,9 (433 kişi) ile en

yüksek katılım spor bahislerinde olup daha önce hiç oynamayanlar %22,1 (123 kişi) oranındadır. Piyango türlerine %66,7 (371 kişi) oranında katılım gözlenirken %33,3'ü (185 kişi) hiç katılmamıştır. Slot türlerine katılım oranı %64,9 (361 kişi) iken %35,1'in (195 kişi) hiç katılımı olmamıştır. Diğer Şans Oyunlarına katılım %57,2 (318 kişi) olarak gözlenirken, %42,8'i (238 kişi) hiç oynamamıştır. Rulet türleri için %48,4 (269 kişi) oynarken %51,6'sı (287 kişi) hiç oynamamıştır. Blackjack türlerinde %45,7 (254 kişi) oynarken %54,3'ü (302 kişi) hiç oynamamıştır. Poker türlerinde %31,8 (177 kişi) oynarken %68,2'si (379 kişi) hiç oynamamıştır. Zar oyunları için %20,3 (113 kişi) oynarken %79,7'si (443 kişi) hiç oynamamıştır. En düşük oranına sahip Baccarat türlerine katılım %11,5 (64 kişi) oranı ile gözlenmiş olup örneklemin %88,5'i (492 kişi) daha önce hiç oynamamıştır (Bkz. Tablo 4.2.).

**Tablo 5.** Örneklemin Alkol ve Madde Tüketimi ve Sıklıkları Dağılımı

Sıklık/Madde Tüketimi	Alkol	Tütün	Uyuşturucu
Her Gün (n)	15	342	1
Her Gün (%)	2,7	61,5	0,2
Haftada birkaç kez (n)	106	40	7
Haftada birkaç kez (%)	19,1	7,2	1,3
Ayda Birkaç Kez (n)	170	31	11
Ayda Birkaç Kez (%)	30,6	5,6	2,0
Yılda Birkaç Kez (n)	130	26	49
Yılda Birkaç Kez (%)	23,4	4,7	8,8
Hiçbir Zaman (n)	135	117	488
Hiçbir Zaman (%)	24,3	21,0	87,8
<b>Toplam Kişi Sayısı (n)</b>	<b>556</b>	<b>556</b>	<b>556</b>
<b>Toplam Yüzde (%)</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Araştırma örnekleminin %75,7'sinin alkol, %79,0'ının tütün ve %12,2'sinin uyuşturucu madde tüketimi olduğu gözlenmiştir. Örneklemin tüketim sıklıklarına bakıldığında, günlük tüketimi olanların oranları alkol için %2,7 (15 kişi), tütün için %61,5 (342 kişi) ve uyuşturucu madde için %0,2 (1 kişi) iken haftalık tüketimi olanların oranları alkol için %19,1 (106 kişi), tütün için %7,2 (40 kişi) ve uyuşturucu madde için %1,3 (7 kişi), aylık tüketimi olanların oranları alkol için %30,6 (170 kişi), tütün için %5,6 (31 kişi) ve uyuşturucu madde için %2 (11 kişi) ve yıllık tüketimi olanların oranları alkol için %23,4 (130 kişi), tütün için %4,7 (26 kişi), uyuşturucu madde için %8,8 (49 kişi) olarak görülmüştür. Ayrıca, örneklemin %24,3'ünün (135

kişi) alkol, %21'inin (117 kişi) tütün ve %87,8'inin (488 kişi) uyuşturucu madde kullanımını hiçbir zaman olmamıştır (Bkz. Tablo 5.).

**Tablo 6.** Örneklemin İntihar Girişimi, Tanı Alma ve KOB Tedavisi Açısından Dağılımı

Değişkenler		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	
İntihar Girişimi (Yaşam Boyu)	Yok	502	90,3	
	Var, kumarla ilgili	17	3,1	
	Var, farklı neden	37	6,7	
<b>Toplam</b>		556	100,0	
Psikiyatrik/Nörolojik Tanı	Var	117	21,0	
	Yok	439	79,0	
<b>Toplam</b>		556	100,0	
Psikiyatrik/ Nörolojik Tanı Kategorileri	Kumar Oynama Bozukluğu (KOB)	9	7,7	
	Alkol Kullanım Bozukluğu (AKB)	2	1,7	
	Madde Kullanım Bozukluğu (MKB)	1	0,9	
	Depresyon Bozuklukları	22	18,8	
	Kaygı Bozuklukları	44	37,6	
	Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)	8	6,8	
	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)	13	11,1	
	Bipolar Bozukluk	3	2,6	
	Borderline Kişilik Bozukluğu	2	1,7	
	Uyku-Uyanıklık Bozuklukları	1	0,9	
	Yeme Bozukluğu	1	0,9	
	Kumar Oynama Bozukluğu + Depresyon Bozuklukları	1	0,9	
	Kumar Oynama Bozukluğu + Bipolar Bozuklukları	1	0,9	
	KOB+MKB+AKB+Depresyon	1	0,9	
	Obsesif Kompulsif Bozukluk+ Depresyon Bozukluklar	1	0,9	
	DEHB+ Depresyon Bozuklukları + Kaygı Bozukluklar	2	1,7	
	Depresyon Bozuklukları + Kaygı Bozuklukları	3	2,6	
	Kaygı Bozukluğu+Bipolar Bozukluk	2	1,7	
	<b>Toplam</b>		117	100,0
	KOB Tedavisi Alma Durumu	Hayır, almadı	540	97,1
Evet, aldı		16	2,9	
<b>Toplam</b>		556	100,0	
KOB Tedavisi Alınan Kurum/Meslek ve Tedavi Şekli	Psikiyatrist ve İlaçla tedavi	7	43,8	
	Psikolog ve Psikoterapi	4	25,0	
	Psikiyatrist ve Psikolog	1	6,3	
	YEDAM ve Psikolog	1	6,3	
	Destek Grupları, Psikiyatrist ve Psikolog	1	6,3	
	AMATEM, Psikiyatrist ve Psikolog	2	12,5	
<b>Toplam</b>		16	100,0	

Örneklemin %90,3'ünün (502 kişi) daha önce intihar girişimi olmadığı saptanırken, %3,1'in (17 kişi) kumarla ilgili bir sebepten ve %6,7'sinin (37 kişi) de kumar harici bir nedenden intihar girişimi olduğu belirlenmiş olup toplamda %9,7'sinin intihar girişimi öyküsü bulunmaktadır. Katılımcıların, %21,0'ının (117 kişi) psikiyatrik ve/veya nörolojik tanı aldığı görülürken, yaşam boyu hiçbir tanı almayanların oranı %79,0 (439 kişi) olarak kaydedilmiştir. Araştırma örnekleminde

tanı almış olan 117 kişinin psikiyatrik ve nörolojik tanı kategorilerine göre dağılımı şu şekildedir: Kumar oynama bozukluğu (KOB) %7,7 (9 kişi), alkol kullanım bozukluğu (AKB) %1,7 (2 kişi), madde kullanım bozukluğu (MKB) %0,9 (1 kişi), depresyon bozuklukları %18,8 (22 kişi), kaygı bozuklukları %37,6 (44 kişi), obsesif kompulsif bozukluk (OKB) %6,8 (8 kişi), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) %11,1 (13 kişi), bipolar bozukluk %2,6 (3 kişi), borderline kişilik bozukluğu %1,7 (2 kişi), uyku-uyanıklık bozuklukları %0,9 (1 kişi), yeme bozukluğu %0,9 (1 kişi). Komorbid tanılar için ise, KOB ve depresyon bozuklukları %0,2 (1 kişi), KOB ve bipolar bozukluklar %0,9 (1 kişi), KOB, MKB, AKB, Depresyon %0,9 (1 kişi), OKB ve depresyon bozuklukları %0,9 (1 kişi), DEHB, depresyon bozuklukları ve kaygı bozuklukları %1,7 (2 kişi), depresyon bozuklukları ve kaygı bozuklukları %2,6 (3 kişi), kaygı bozukluğu ve bipolar bozukluk %1,7 (2 kişi) oranlarıyla gözlenmiştir. Dahası, örnekleme Kumar Oynama Bozukluğu Tedavisi almış bireylerin oranı %2,9 (16 kişi) iken tedavi almamış olanların oranı ise %97,1 (540 kişi) olarak bulunmuştur. Kumar Oynama Bozukluğu tedavisi gören toplam 16 kişinin tedavi aldığı kurum veya meslek grubu ve tedavi şekline göre dağılım şu şekildedir: Psikiyatriste giden ve ilaçla tedavi olanlar %43,8 (7 kişi), psikoloğa başvuran ve psikoterapi uygulananlar %25,0 (4 kişi), hem psikiyatrist hem de psikolog desteği alan %6,3 (1 kişi), YEDAM'a başvuran ve psikolog desteği alan %6,3 (1 kişi), hem destek grupları, hem psikiyatrist hem de psikolog desteği alan %6,3 (1 kişi), AMATEM'e başvuran ve hem psikiyatrist hem de psikolog desteği alanlar %12,5 (2 kişi) olarak tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 6.).

**Tablo 6.1.** Kumar Oynama Bozukluğu Tedavisi Gören Örneklemin Tedaviye Başlangıç Yaşının ve Süresinin Betimleyici İstatistik Değerleri

Değişken	n	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{X}$	SS	Medyan	IQR
Tedaviye Başlama Yaşı	16	19	36	27,31	4,17	27,0	4,3
Tedavi Süresi (Ay)	16	0,5	24	8,15	7,51	5,0	10,0

IQR: Çeyrekler Arası Aralık,  $\bar{X}$ : Ortalama, SS: Standart Sapma

KOB tedavisi alanların tedaviye başlama yaşına bakıldığında, en küçük değer 19 ve en büyük değer 36'dır. Ortalaması 27,31, medyanı 27 ve çeyrekler arası aralığı 4,3 ve standart sapma değeri 4,17'dir. Tedavi görme sürelerine ay cinsinden

bakıldığında, en küçük değer 0,5 ve en büyük değer 24'tür. Ortalaması 8,15, medyanı 5 ve çeyrekler arası aralığı 10,0 ve standart sapma değeri 7,51'dir (Bkz. Tablo 6.1).

**Tablo 6.2.** KOB Tedavi Süreleri ile Kumarbaz Düzeylerinin Ortak Frekans Dağılımı

			Kumarbaz Düzeyleri		Toplam
			Sorunlu Kumarbaz	Patolojik Kumarbaz	
<b>KOB</b>	3 ay ve altı	n ve %	1, %14,3	6, %85,7	7, %100,0
<b>Tedavi</b>	3-6 ay	n ve %	1, %50	1, %50	2, %100,0
<b>Süresi</b>	6 ay üzeri	n ve %	3, %42,9	4, %57,1	7, %100,0
<b>Toplam</b>		n ve %	5, %31,3	11, %68,8	16, %100,0

Örnekleme KOB tedavisini, üç ay ve altında alanların %14,3'ü (1 kişi) sorunlu kumarbaz ve %85,7'si (6 kişi) patolojik kumarbazdır. Üç ila altı ay arasında alanların %50'si (1 kişi) sorunlu kumarbaz ve %50'si patolojik kumarbazdır. Altı aydan daha fazla alanların %42,9'u (3 kişi) sorunlu kumarbaz ve %57,1'i (4 kişi) patolojik kumarbaz olarak gözlenmiştir (Bkz. Tablo 6.2.)

**Tablo 7.** Araştırma Ölçek ve Alt Boyutlarının Güvenirlik Katsayıları

Toplam Puanlar	n	k	Cronbach $\alpha$
KURT	556	10	0,909
Ekonomik/Sosyal Sorun	556	3	0,848
Kumar Davranışı	556	7	0,870
GRCS-T	556	21	0,957
GRCS-T_KODD	556	5	0,910
GRCS-T_KOEİ	556	3	0,813
GRCS-T_KOBE	556	4	0,811
GRCS-T_YDÖY	556	4	0,867
GRCS-T_TK	556	5	0,871
KONÖ	556	35	0,957
Eğlenme/Heyecanlanma	556	14	0,940
Kaçınma	556	7	0,928
Para Kazanma	556	8	0,899
Sosyalleşme	556	6	0,846
İKBÖ	556	21	0,935
Motivasyon	556	10	0,861
Bağımlılık	556	6	0,882
Olumsuz Psikoloji	556	5	0,865
KOBTT	556	9	0,916

n: Kişi sayısı k: Madde sayısı

Çalışmada kullanılan ölçekler ve alt boyutları için yapılan güvenilirlik analizleri sonucunda, Cronbach Alfa katsayısı KURT için 0,909, Ekonomik/Sosyal Sorun alt boyutu için 0,848 ve Kumar Davranışı alt boyutu için 0,870 olarak gözlenmiştir.

GRCS-T için Cronbach Alfa katsayısı 0,957, GRCS-T\_KODD için 0,910, GRCS-T\_KOEİ için 0,813, GRCS-T\_KOBE için 0,811, GRCS-T\_YDÖY için 0,867 ve GRCS-T\_TK için 0,871 olarak hesaplanmıştır. KONÖ için Cronbach Alfa katsayısı 0,957, Eğlenme/Heyecanlanma alt boyutu için 0,940, Kaçınma alt boyutu için 0,928, Para Kazanma alt boyutu için 0,899, Sosyalleşme alt boyutu için 0,846 olarak bulunmuştur. İKBÖ için Cronbach Alfa katsayısı 0,935, Motivasyon alt boyutu için 0,861, Bağımlılık alt boyutu için 0,882 ve Olumsuz Psikoloji alt boyutu için 0,865 olarak bulunmuştur. KOBTT için Cronbach Alfa katsayısı 0,916 olarak hesaplanmıştır (Bkz. Tablo 7). Tüm ölçeklerin güvenirlik katsayıları 0,70'in üzerinde olduğundan ölçeklerin toplam ve alt boyut puanları hesaplanıp tanımlayıcı istatistikleri aşağıda yer almaktadır (Bkz. Tablo 8.).

**Tablo 8.** Örneklemin Ölçek Puanları ile Alt Boyut Puanlarının Tanımlayıcı İstatistik Değerleri

Değişkenler	n	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{X}$	SS	Medyan	IQR
KURT	556	0	20	6,08	18,53	5,0	9
Ekonomik/Sosyal	556	0	6	1,43	1,89	1,0	2
Kumar Davranışı	556	0	14	4,64	4,0	4,0	6
GRCS-T	556	21	147	47,35	27,18	39,0	41
GRCS-T_KODD	556	5	35	9,25	6,75	5,0	6
GRCS-T_KOEİ	556	3	21	6,49	4,59	4,0	6
GRCS-T_KOBE	556	4	28	9,27	5,50	8,0	9
GRCS-T_YDÖY	556	4	28	10,02	6,56	8,0	11
GRCS-T_TK	556	5	35	12,31	7,44	10,0	13
KONÖ	556	35	175	80,24	30,47	76,0	45
Eğlenme/Heyecan	556	14	70	36,52	14,90	37,0	24
Kaçınma	556	7	35	12,95	7,63	9,0	11
Para Kazanma	556	8	40	20,76	8,95	20,5	16
Sosyalleşme	556	6	30	10,01	5,12	8,0	6
İKBÖ	556	21	105	42,81	18,53	38,0	28
Motivasyon	556	10	50	21,64	8,80	20,0	14
Bağımlılık	556	6	30	11,31	11,31	9,0	9
Olumsuz Psikoloji	556	5	25	9,86	5,54	8,0	8
KOBTT	556	0	9	2,94	3,20	2,0	6

IQR: Çeyrekler Arası Aralık,  $\bar{X}$ : Ortalama, SS: Standart Sapma

KURT toplam puan ortalaması 6,08, medyan değeri 5,0, çeyrekler arası aralık değeri 9 ve standart sapması 18.53'tür. KURT'dan alınan en düşük puan 0 iken en yüksek puan 20'dir. Ekonomik/Sosyal Sorun alt boyutunun toplam puan ortalaması 1,43, medyan değeri 1,0, çeyrekler arası aralığı 2 ve standart sapması 1,89 olarak hesaplanmıştır. Bu alt boyuttan alınacak en düşük puan 0 ve en yüksek puan 6'dır. Kumar Davranışı alt boyutunun toplam puan ortalaması 4,64, medyan değeri, 4,0,

çeyrekler arası aralığı 6 ve standart sapması 4,0 olarak hesaplanmıştır. Bu alt boyuttan alınacak en düşük puan 0 ve en yüksek puan 14'tür. GRCS-T'nin toplam puan ortalaması 47,35, medyan değeri 39,0, çeyrekler arası aralığı 41 ve standart sapması 27,18 olarak hesaplanmıştır. GRCS-T'den alınan en düşük puan 21, en yüksek puan 147'dir. GRCS-T\_KODD (Kumar Oynamayı Durduramama Düşünceleri) alt boyutunun toplam puan ortalaması 9,25, medyanı 5,0, çeyrekler arası aralığı 6 ve standart sapması 6,75'tir. Bu alt boyuttan alınacak en düşük puan 5 ve en yüksek puan 35'tir. GRCS-T\_KOEİ (Kontrol Etme İllüzyonu) alt boyutunun toplam puan ortalaması 6,49, medyanı 4,0, çeyrekler arası aralığı 6 ve standart sapması 4,59'tır. En düşük puan 3 ve en yüksek puan 21'dir. GRCS-T\_KOBE (Kumar Oynama Beklentileri) alt boyutunun toplam puan ortalaması 9,27, medyanı 8,0, çeyrekler arası aralığı 9 ve standart sapması 5,50'tir. En düşük puan 4 ve en yüksek puan 28'dir. GRCS-T\_YDÖY (Yorum Dayalı Ön Yargı) alt boyutunun toplam puan ortalaması 10,02, medyanı 8,0, çeyrekler arası aralığı 11 ve standart sapması 6,56'tır. En düşük puan 4 ve en yüksek puan 35'tir. GRCS-T\_TK (Tahmini Kontrol) alt boyutunun toplam puan ortalaması 12,31, medyanı 10,0, çeyrekler arası aralığı 13 ve standart sapması 7,44'tür. En düşük puan 5 ve en yüksek puan 35'tir. KONÖ toplam puan ortalaması 80,24, medyanı 76,0, çeyrekler arası aralığı 45 ve standart sapması 30,47 olarak hesaplanmıştır. KONÖ'den alınan en düşük puan 35 ve en yüksek puan 175'tir. Eğlenme/Heyecanlanma alt boyutunun toplam puan ortalaması 36,52, medyanı 37,0, çeyrekler arası aralığı 24 ve standart sapması 14,90'tır. Bu alt boyuttan alınan en düşük puan 14 ve en yüksek puan 70'tir. Kaçınma alt boyutunun toplam puan ortalaması 12,95, medyanı 9,0, çeyrekler arası aralığı 11 ve standart sapması 7,63'tür. En düşük puan 7 ve en yüksek puan 35'tir. Para Kazanma alt boyutunun toplam puan ortalaması 20,76, medyanı 20,5, çeyrekler arası aralığı 16 ve standart sapması 8,95'tir. En düşük puan 8 ve en yüksek puan 40'tir. Sosyalleşme alt boyutunun toplam puan ortalaması 10,01, medyanı 8,0, çeyrekler arası aralığı 8 ve standart sapması 5,12'tir. En düşük puan 6 ve en yüksek puan 30'tur. İKBÖ toplam puan ortalaması 42,81, medyanı 38,0, çeyrekler arası aralığı 28 ve standart sapması 18,53 olarak hesaplanmıştır. İKBÖ'den alınan en düşük puan 21 ve en yüksek puan 105'tir. Motivasyon alt boyutunun toplam puan ortalaması 21,64, medyanı 20,0, çeyrekler arası aralığı 14 ve standart sapması 8,80'tir. Bu alt boyuttan alınan en düşük puan 10 ve en yüksek puan 50'dir. Bağımlılık alt boyutunun toplam puan ortalaması

11,31, medyanı 9,0, çeyrekler arası aralığı 9 ve standart sapması 11,31'tir. En düşük puan 6 ve en yüksek puan 30'dur. Olumsuz Psikoloji alt boyutunun toplam puan ortalaması 9,86, medyanı 8,0, çeyrekler arası aralığı 8 ve standart sapması 5,54'tür. En düşük puan 5 ve en yüksek puan 25'tir. KOBTT toplam puan ortalaması 2,94, medyanı 2,0, çeyrekler arası aralığı 6 ve standart sapması 3,20 olarak hesaplanmıştır. KOBTT'den alınan en düşük puan 0 ve en yüksek puan 9'dur. (Bkz. Tablo 8.)

**Tablo 9.** Örneklemin Kumarbaz Düzeyleri Açısından Dağılımı

Değişken	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	
Kumarbaz Düzeyleri	Sosyal Kumarbaz	199	35,8
	Sorunlu Kumarbaz	268	48,2
	Patolojik Kumarbaz	89	16,0
<b>Toplam</b>	<b>556</b>	<b>100,0</b>	

Araştırma örnekleminin Kumarbaz Düzeyleri açısından dağılımı incelendiğinde, Kumar Oynama Bozukluğu kriterlerinden hiçbirini karşılamadan kumar oynayan kişiler "sosyal kumarbazlar" %35,8 (199 kişi), tanı için yeterli olmasa da bazı kumar oynama bozukluğu kriterlerini (DSM-5 kriterlerinin birden fazlası ve dörtten azı) karşılayan klinik eşişin altındaki kişiler "sorunlu kumarbazlar" %48,2 (268 kişi) ve son bir yıl içerisinde tanı için yeterli kriteri (4 ve üzeri) sağlayanlar "patolojik kumarbazlar" %16,0 (89 kişi) oranları ile gözlenmiştir (Bkz. Tablo 9.)

**Tablo 10.** Çevrimiçi Kumar Katılım Sıklığı ile Sosyo-demografik Değişkenlerin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması

Değişkenler	Çevrimiçi Kumar Katılım Sıklığı			$\chi^2$	p	
	Her Gün/Haftada Birkaç	Ayda Birkaç	Yılda Birkaç/Geçmişte			
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	n, % 4, %2,9	0, %0	7, %2,1	23,613	0,003
	Lise	n, % 50, %35,7	32, %36,8	89, %27,1		
	Ön Lisans	n, % 27, %19,3	14, %16,1	29, %8,8		
	Lisans	n, % 50, %35,7	35, %40,2	168, %51,2		
	YL ve DR	n, % 9, %6,4	6, %6,9	35, %10,7		
İlişki Durumu	Partneri Yok	n, % 76, %28,8	46, %17,4	142, %53,8	6,076	0,048
	Partneri Var	n, % 64, %21,9	41, %14,0	187, %64,0		
Çocuk Sahibi	Evet	n, % 115, %82,1	77, %88,5	265, %80,5	2,978	0,226
	Hayır	n, % 25, %17,9	10, %11,5	64, %19,5		
Aylık Gelir Düzeyi	Düşük	n, % 85, %60,7	59, %67,8	198, %60,2	2,174	0,704
	Orta	n, % 36, %25,7	19, %21,8	92, %28,0		
	Yüksek	n, % 19, %13,6	9, %10,3	39, %11,9		
Çalışma Durumu	Çalışmayan	n, % 39, %25,2	26, %16,8	90, %58,1	0,219	0,896
	Çalışan	n, % 101, %25,2	61, %15,2	239, %59,6		

**Tablo 10.** Çevrimiçi Kumar Katılım Sıklığı ile Sosyo-demografik Değişkenlerin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması (devamı)

Çalışma Yeri	İşyerinde	n, %	82, %81,2	41, %67,2	178, %74,5	5,824	0,213
	Uzaktan	n, %	6, %2,9	5, %8,2	24, %10,0		
	Hibrit	n, %	13, %12,9	15, %24,6	37, %15,5		
Haftalık Çalışma Süresi	30 saat altı	n, %	12, %11,9	4, %6,6	36, %15,1	6,316	0,177
	30-45 saat	n, %	50, %49,5	40, %65,6	123, %51,5		
	45 saat üzeri	n, %	39, %38,6	17, %27,9	80, %33,5		
Çalışma Şekli	Tam Zamanlı	n, %	82, %81,2	48, %78,7	196, %82,0	7,132	0,129
	Yarı Zamanlı	n, %	4, %4,0	8, %13,1	13, %5,4		
	Serbest	n, %	15, %14,9	5, %8,2	30, %12,6		
Alkol Kullanım Sıklığı	Her Gün	n, %	8, %5,7	1, %1,1	6, %1,8	41,358	0,001
	Haftada Birkaç	n, %	36, %25,7	29, %33,3	41, %12,5		
	Ayda Birkaç	n, %	40, %28,6	31, %35,6	99, %30,1		
	Yılda Birkaç	n, %	26, %18,6	17, %19,5	87, %26,4		
Tütün Kullanım Sıklığı	Hiçbir Zaman	n, %	30, %21,4	9, %10,3	96, %29,2	22,657	0,004
	Her Gün	n, %	103, %73,6	55, %63,2	184, %55,9		
	Haftada Birkaç	n, %	11, %7,9	8, %9,2	21, %6,4		
	Ayda Birkaç	n, %	8, %5,7	6, %6,9	17, %5,2		
Keyifli Aktivite Sıklığı	Yılda Birkaç	n, %	4, %2,9	2, %2,3	20, %6,1	9,844	0,043
	Hiçbir Zaman	n, %	14, %10,0	16, %18,4	87, %26,4		
	Nadiren/Asla	n, %	33, %34,0	12, %12,4	52, %53,6		
	Bazen	n, %	64, %26,0	45, %18,3	137, %55,7		
Keyifli Aktivite Sıklığı	Sıklıkla	n, %	43, %20,2	30, %14,1	140, %65,7		

%, Satır yüzdesi, n: Kişi sayısı,  $\chi^2$ : Pearson Ki Kare değeri, p: Anlamlılık değeri

Çevrimiçi Kumar Katılım Sıklığı ile çeşitli Sosyo-demografik değişkenler arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Ki-Kare Bağımsızlık Testi sonuçlarına göre kumar katılım sıklığı ile: eğitim düzeyi arasında ( $\chi^2= 23,613$ ,  $p<0,05$ ), ilişki durumu arasında ( $\chi^2= 6,076$ ,  $p<0,05$ ), alkol kullanım sıklığı arasında ( $\chi^2= 41,358$ ,  $p<0,001$ ), tütün kullanım sıklığı arasında ( $\chi^2= 22,657$ ,  $p<0,05$ ) ve keyifli aktivite sıklığı arasında ( $\chi^2= 9,844$ ,  $p<0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, katılımcıların kumar katılım sıklıkları ile eğitim düzeyi, ilişki durumu, alkol ve tütün kullanım sıklığı ve boş vakit aktivite sıklığı arasında bağımsızlık söz konusu değildir. Ayrıca, yapılan Ki-Kare Bağımsızlık Testi sonuçlarına göre kumar katılım sıklığı ile: çocuk sahibi olma arasında ( $\chi^2= 2,978$ ,  $p>0,05$ ), aylık gelir düzeyi arasında ( $\chi^2= 2,174$ ,  $p>0,05$ ), çalışma durumu arasında ( $\chi^2= 0,219$ ,  $p>0,05$ ), çalışma yeri arasında ( $\chi^2= 5,824$ ,  $p>0,05$ ), haftalık çalışma süresi arasında ( $\chi^2= 6,316$ ,  $p>0,05$ ) ve çalışma şekli arasında ( $\chi^2= 7,132$ ,  $p>0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Bkz. Tablo 10.).

**Tablo 11.** Çevrimiçi Kumar Katılım Sıklığı ile Kumarla İlişkili Değişkenlerin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması

Değişkenler	Çevrimiçi Kumar Katılım Sıklığı			$\chi^2$	p		
	Her Gün/ Haftada Birkaç	Ayda Birkaç Kez	Yılda Birkaç/ Geçmişte				
Kazanç	Kazanç	n, %	42, %30,0	20, %23,0	47, %14,3	41,840	0,001
Kayıp	Kayıp	n, %	12, %8,6	5, %5,7	19, %5,8		
Yaşama Durumu	Her İkisi	n, %	46, %32,9	27, %31,0	68, %20,7		
	Hiçbiri	n, %	40, %28,6	35, %40,2	195, %59,3		
Çevrede Oynayan Kişiler	Aile Üyesi	n, %	2, %0,4	2, %0,4	16, %4,9	24,059	0,001
	Arkadaş	n, %	112, %80,0	69, %79,3	227, %69,0		
	Aile/Arkadaş	n, %	18, %12,9	11, %12,6	27, %8,2		
	Hiç Kimse	n, %	8, %5,7	5, %5,7	59, %17,9		
En Sık Oynanan Çevrimiçi Kumar	Beceri/Şans	n, %	10, %7,1	7, %8,0	24, %7,3	34,136	0,001
	Şans Oyunları	n, %	58, %41,4	34, %39,1	83, %25,2		
	Slot Türleri	n, %	21, %38,0	12, %13,8	118, %35,9		
	Bahis Türleri	n, %	51, %47,6	34, %39,1	104, %31,6		
Kumar Tür Sayısı	1 Oyun	n, %	9, %12,2	3, %4,1	62, %83,8	71,231	0,001
	2-5 Oyun	n, %	53, %17,7	45, %15,1	201, %67,2		
	5 ve üzeri	n, %	78, %42,6	39, %21,3	66, %36,1		
Kumara Başlama Yaşı	18 yaş ve altı	n, %	75, %30,2	44, %17,7	129, %52,0	9,686	0,008
	18 yaş üzeri	n, %	65, %21,1	43, %14,0	200, %64,9		

%;Satur yüzdesi, n: Kişi sayısı,  $\chi^2$ : Pearson Ki Kare değeri, p: Anlamlılık değeri

Çevrimiçi Kumar Katılım Sıklığı ile kumarla ilişkili çeşitli değişkenler arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Ki-Kare Bağımsızlık Testi sonuçlarına göre kumar katılım sıklığı ile: kumar oynama başlangıcında maddi kazanç/kayıp yaşama arasında ( $\chi^2= 41,840$ ,  $p<0,001$ ), çevrede kumar oynayanların olması arasında ( $\chi^2= 24,059$ ,  $p<0,001$ ), en sık oynanan çevrimiçi kumar türü arasında ( $\chi^2= 34,136$ ,  $p<0,001$ ), toplamda oynanan kumar sayısı arasında ( $\chi^2= 71,231$ ,  $p<0,001$ ) ve kumara başlama yaşı arasında ( $\chi^2= 9,686$ ,  $p<0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, katılımcıların kumar katılım sıklıkları ile başlangıçta maddi kazanç/kayıp yaşama durumu, çevrede kumar oynayanların varlığı, en sık oynanan çevrimiçi kumar türü, toplamda oynanan kumar sayısı ve başlama yaşı arasında bağımsızlık söz konusu değildir (Bkz. Tablo 11.).

**Tablo 12.** Cinsiyet ve Çevrimiçi Kumarla İlişkili Çeşitli Değişkenlerin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması

Değişkenler			Cinsiyet		$\chi^2$	p
			Kadın	Erkek		
En Sık	Beceri/Şans Oyunları	n, %	3, %7,3	38, %92,7	59,189	0,001
Oynanan	Şans Oyunları	n, %	74, %49,0	77, %51,0		
Çevrimiçi	Slot Türleri	n, %	62, %35,4	113, %64,6		
Kumar	Bahis Türleri	n, %	28, %14,8	161, %85,2		
Kumar Tür Sayısı	1 Oyun	n, %	34, %45,9	40, %54,1	21,689	0,001
	2-5 Oyun	n, %	99, %33,1	200, %66,9		
	5 ve üzeri	n, %	34, %18,6	149, %81,4		
Aracılığı ile Başlama	Arkadaş	n, %	86, %25,4	253, %74,6	81,289	0,001
	Aile Üyeleri	n, %	21, %56,8	16, %43,2		
	Partner	n, %	26, %100	0, %0		
	Hiç Kimse	n, %	34, %22,1	120, %77,9		
Kazanç	Kazanç Yaşadım	n, %	22, %13,2	87, %22,4	13,224	0,004
Kayıp	Kayıp Yaşadım	n, %	12, %7,2	24, %6,2		
Yaşama Durumu	Her İkisi	n, %	34, %20,4	107, %27,5		
	Hiçbiri	n, %	99, %59,3	171, %30,8		
Kumar Oynama Başlangıç Yaşı	Çocukluk	n, %	4, %28,6	10, %71,4	34,699	0,001
	Ergenlik	n, %	21, %13,4	136, %86,6		
	Genç Yetişkinlik	n, %	94, %33,6	186, %66,4		
	Yetişkinlik	n, %	48, %45,7	57, %54,3		
Katılım Şekli	Yalnızca Çevrimiçi	n, %	116, %69,5	192, %49,4	19,111	0,001
	Çevrimiçi/Çevrimdışı	n, %	51, %30,5	197, %50,6		
Kumar Katılım Sıklığı	Her Gün/Haftada Birkaç	n, %	20, %14,3	120, %85,7	26,654	0,001
	Ayda Birkaç Kez	n, %	21, %24,1	66, %75,9		
	Yılda Birkaç/Geçmişte	n, %	126, %38,3	203, %61,7		

%.Satur yüzdesi, n: Kişi sayısı,  $\chi^2$ : Pearson Ki Kare değeri, p: Anlamlılık değeri

Cinsiyet ve Çevrimiçi Kumarla ilişkili çeşitli değişkenler arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Ki-Kare Bağımsızlık Testi sonuçlarına göre cinsiyet ile: en sık tercih edilen çevrimiçi kumar türleri arasında ( $\chi^2= 59,189$ ,  $p<0,001$ ), toplamda oynanan çevrimiçi kumar türü sayısı arasında ( $\chi^2= 21,689$ ,  $p<0,001$ ), kumara aracılık eden kişiler arasında ( $\chi^2= 81,289$ ,  $p<0,001$ ), kumar oynanan ilk zamanlarda maddi kazanç/kayıp yaşama durumu arasında ( $\chi^2= 13,224$ ,  $p<0,01$ ), kumara başlama yaşı arasında ( $\chi^2= 34,699$ ,  $p<0,001$ ), çevrimiçi veya çevrimdışı olarak katılım koşulu arasında ( $\chi^2= 19,111$ ,  $p<0,001$ ) ve katılım sıklığı arasında ( $\chi^2= 26,654$ ,  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre katılımcıların cinsiyetleri ile favori kumar tercihleri, toplamda oynanan kumar sayısı, kumara başlamalarına aracılık edenler, başlangıçta maddi kazanç/kayıp yaşama durumu, kumara başlangıç yaşı, kumar katılım şekli, kumar katılım sıklığı arasında bağımsızlık söz konusu değildir (Bkz. Tablo 12.).

**Tablo 13.** Kumar Katılım Şekli ve Çeşitli Değişkenlerin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması

Değişkenler			Katılım Şekli		$\chi^2$	p
		n, %	Yalnızca Çevrimiçi	Çevrimdişi ve Çevrimiçi		
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	n, %	5, %1,6	6, %2,4	16,617	0,002
	Lise	n, %	116, %37,7	55, %22,3		
	Ön Lisans	n, %	39, %12,7	31, %12,6		
	Lisans	n, %	125, %40,6	128, %51,8		
	Yüksek Öğrenim	n, %	23, %7,5	27, %10,9		
Aylık Gelir Düzeyi	Düşük	n, %	223, %65,2	119, %34,8	37,370	0,001
	Orta	n, %	64, %43,5	83, %56,5		
	Yüksek	n, %	21, %31,3	46, %68,7		
Çalışma Durumu	Emekli	n, %	2, %0,6	9, %3,6	29,062	0,001
	Öğrenci	n, %	80, %26,0	24, %9,7		
	Çalışmıyor	n, %	21, %6,8	19, %7,7		
	Çalışıyor	n, %	184, %59,7	179, %72,2		
	Öğr/Emekli-Çalışıyor	n, %	21, %6,8	17, %6,9		
Çalışma Şekli	Tam Zamanlı	n, %	162, %49,7	164, %50,3	3,132	0,209
	Yarı Zamanlı	n, %	17, %68,0	8, %32,0		
	Serbest Zamanlı	n, %	26, %52,0	24, %48,0		
Kumar Tür Sayısı	1 Oyun	n, %	49, %66,2	25, %33,8	16,028	0,001
	2-5 Oyun	n, %	179, %59,9	120, %40,1		
	5 ve üzeri	n, %	80, %43,7	103, %56,3		
Kumara Başlama Yaşı	Çocukluk	n, %	6, %42,9	8, %57,1	30,396	0,001
	Ergenlik	n, %	61, %38,9	96, %61,1		
	Genç Yetişkin	n, %	184, %65,7	96, %34,3		
	Yetişkinlik	n, %	57, %54,3	48, %45,7		

%;Satur yüzdesi, n: Kişi sayısı,  $\chi^2$ : Pearson Ki Kare değeri, p: Anlamlılık değeri

Kumar oyunlarına çevrimiçi veya çevrimdişi olarak katılım koşulu ve çeşitli değişkenler arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Ki-Kare Bağımsızlık Testi sonuçlarına göre katılım koşulu ile: eğitim düzeyi arasında ( $\chi^2=16,617$ ,  $p<0,01$ ), gelir düzeyi arasında ( $\chi^2=37,370$ ,  $p<0,001$ ), çalışma durumu arasında ( $\chi^2=29,062$ ,  $p<0,001$ ), toplamda oynanan çevrimiçi kumar sayısı arasında ( $\chi^2=16,028$ ,  $p<0,001$ ) ve kumara başlama yaşı arasında ( $\chi^2=30,396$ ,  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Bu sonuçlara göre katılımcıların kumara katılım koşulu ile eğitim düzeyleri, aylık gelirleri, çalışma durumları, toplamda oynanan kumar sayısı ve kumara başlama yaşları arasında bağımsızlık söz konusu değildir. Ayrıca, katılım koşulu ile çalışma şekli arasında ( $\chi^2=3,132$ ,  $p>0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Bkz. Tablo 13.).

**Tablo 14.** Kumarbaz Düzeyleri ve Demografik Değişkenlerin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması

Değişkenler	Kumarbaz Düzeyleri			$\chi^2$	p	
	Sosyal Kumarbaz	Sorunlu Kumarbaz	Patolojik Kumarbaz			
Cinsiyet	Kadın	n, % 77, %38,7	77, %28,7	13, %14,6	17,397	0,001
	Erkek	n, % 122, %61,3	191, %71,3	76, %85,4		
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	n, % 8, %4,0	2, %0,7	1, %1,1	37,946	0,001
	Lise	n, % 45, %22,6	100, %37,3	26, %29,5		
	Ön Lisans	n, % 15, %7,5	39, %14,6	16, %18,2		
	Lisans	n, % 103, %51,8	106, %39,6	44, %50,0		
	YL ve DR	n, % 28, %14,1	21, %7,8	1, %1,1		
İlişki Durumu	Partneri yok	n, % 83, %41,7	125, %46,6	56, %62,9	11,244	0,004
	Partneri Var	n, % 116, %58,3	143, %53,4	33, %37,1		
Çocuk	Yok	n, % 148, %74,4	228, %85,1	81, %91,0	14,567	0,001
	Var	n, % 51, %25,6	40, %14,9	8, %9,0		
Yaşanan Yer	Metropol	n, % 137, %69,9	186, %70,2	59, %67,8	3,640	0,725
	İl Merkezi	n, % 37, %18,9	40, %15,1	16, %18,4		
	İlçe	n, % 20, %10,2	32, %12,1	9, %10,3		
	Köy-Kasaba	n, % 2, %1,0	7, %2,6	3, %3,4		
Çalışma Durumu	Çalışmayan	n, % 51, %25,6	74, %27,6	30, %33,7	2,015	0,365
	Çalışan	n, % 148, %74,4	194, %72,4	59, %66,3		
Haftalık Çalışma Süresi	30 saatten az	n, % 23, %15,5	23, %11,9	6, %10,2	7,454	0,114
	30-45 saat	n, % 73, %49,3	114, %58,8	26, %44,1		
	45 saat ve üzeri	n, % 52, %35,1	57, %29,4	27, %45,8		
Aylık Gelir Düzeyi	Düşük	n, % 114, %57,3	171, %63,8	57, %64,0	2,602	0,627
	Orta	n, % 57, %28,6	67, %25,0	23, %25,8		
	Yüksek	n, % 28, %14,1	30, %11,2	9, %10,1		

%;Satır yüzdesi, n: Kişi sayısı,  $\chi^2$ : Pearson Ki Kare değeri, p: Anlamlılık değeri

Kumarbaz düzeyleri ve çeşitli demografik değişkenler arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Ki-Kare Bağımsızlık Testi sonuçlarına göre kumarbaz düzeyleri ile: cinsiyet arasında ( $\chi^2= 17,397$ ,  $p<0,001$ ), eğitim düzeyi arasında ( $\chi^2= 37,946$ ,  $p<0,001$ ), ilişki durumu arasında ( $\chi^2= 11,244$ ,  $p<0,01$ ) ve çocuk sahibi olma arasında ( $\chi^2= 14,567$ ,  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Bu sonuçlara göre, katılımcıların kumarbaz düzeyleri ile cinsiyetleri, eğitim düzeyleri, ilişki ve çocuk sahibi olma durumu arasında bağımsızlık söz konusu değildir. Ayrıca, kumarbaz düzeyleri ile: yaşanılan yer arasında ( $\chi^2= 3,640$ ,  $p>0,05$ ), çalışma durumu arasında ( $\chi^2= 2,015$ ,  $p>0,05$ ), haftalık çalışma süresi arasında ( $\chi^2= 7,454$ ,  $p>0,05$ ) ve aylık gelir düzeyi arasında ( $\chi^2= 2,602$ ,  $p>0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Bkz. Tablo 14.).

**Tablo 15.** Kumarbaz Düzeyleri ve Sağlıkla İlişkili Çeşitli Değişkenlerin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması

Değişkenler	Kumarbaz Düzeyleri			$\chi^2$	p	
	Sosyal Kumarbaz	Sorunlu Kumarbaz	Patolojik Kumarbaz			
Aile İlişkileri	İyi	n, % 144, %72,4	175, %65,3	39, %43,8	27,369	0,001
	Orta	n, % 54, %27,1	83, %31,0	43, %48,3		
	Kötü	n, % 1, %0,5	10, %3,7	7, %7,9		
Sosyal Destek Durumu	Alırım	n, % 166, %83,4	207, %77,2	54, %60,7	32,362	0,001
	Almam	n, % 6, %3,0	8, %3,0	14, %15,7		
	Kısmen	n, % 27, %4,9	53, %19,8	21, %23,6		
Hobilere Katılım Sıklığı	Asla/Nadiren	n, % 23, %11,6	52, %19,4	22, %24,7	20,219	0,001
	Bazen	n, % 77, %38,7	129, %48,1	40, %44,9		
	Sıklıkla	n, % 99, %49,7	87, %32,5	27, %30,3		
İntihar Girişimi	Yok	n, % 187, %94,0	245, %91,4	70, %78,7	40,954	0,001
	Var(kumarla ilgili)	n, % 0, %0,0	5, %1,9	12, %13,5		
	Var (başka neden)	n, % 12, %6,0	18, %6,7	7, %7,9		
Tanı Durumu	Aldım	n, % 33, %16,6	60, %22,4	24, %27,0	4,554	0,103
	Almadım	n, % 166, %83,4	208, %77,6	65, %73,0		
Tütün Kullanım Sıklığı	Her Gün	n, % 110, %55,3	164, %61,2	68, %76,4	21,672	0,006
	Haftada Birkaç	n, % 14, %7,0	18, %6,7	8, %9,0		
	Ayda Birkaç	n, % 9, %4,5	21, %7,8	1, %1,1		
	Yılda Birkaç	n, % 10, %5,0	14, %5,2	2, %2,2		
	Hiçbir Zaman	n, % 56, %28,1	51, %19,0	10, %11,2		
Alkol Kullanım Sıklığı	Her Gün	n, % 5, %2,5	6, %2,2	4, %4,5	11,701	0,165
	Haftada Birkaç	n, % 28, %14,1	60, %22,4	18, %20,2		
	Ayda Birkaç	n, % 60, %30,2	76, %28,4	34, %38,2		
	Yılda Birkaç	n, % 50, %25,1	65, %24,3	15, %16,9		
	Hiçbir Zaman	n, % 56, %28,1	61, %22,8	18, %20,2		
Madde Kullanım Sıklığı	Gün/Hafta/Ay	n, % 6, %3,0	8, %3,0	5, %5,6	13,481	0,009
	Yılda Birkaç	n, % 8, %4,0	27, %10,1	14, %15,7		
	Hiçbir Zaman	n, % 185, %93,0	233, %86,9	70, %78,7		
KOB Tedavisi	Almadım	n, % 199, %100	263, %98,1	78, %87,6	35,508	0,001
	Aldım	n, % 0, %0	5, %1,9	11, %12,4		

%;Satur yüzdesi, n: Kişi sayısı,  $\chi^2$ : Pearson Ki Kare değeri, p: Anlamlılık değeri

Kumarbaz düzeyleri ve sağlıkla ilişkili çeşitli değişkenlerin arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Ki-Kare Bağımsızlık Testi sonuçlarına göre kumarbaz düzeyi ile: algılanan ile ilişkileri arasında ( $\chi^2= 27,369$ ,  $p<0,001$ ), sosyal destek alma durumu arasında ( $\chi^2= 32,362$ ,  $p<0,001$ ), hobilere/keyifli boş aktivitelere katılım sıklığı arasında ( $\chi^2= 20,219$ ,  $p<0,001$ ) arasında, intihar girişimi arasında ( $\chi^2= 40,954$ ,  $p<0,001$ ), tütün kullanım sıklığı arasında ( $\chi^2= 21,672$ ,  $p<0,01$ ), madde kullanım sıklığı arasında ( $\chi^2= 13,481$ ,  $p<0,01$ ) ve Kumar Oynama Bozukluğu (KOB) tedavisi alma durumu arasında ( $\chi^2= 35,508$ ,  $p<0,001$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Bu sonuçlara göre katılımcıların dahil olduğu kumarbaz düzeyleri ile aile ilişkileri, sosyal destek alma durumu, boş vakitlerini hobileriyle

geçirme sıklıkları, intihar girişimi durumu, tütün kullanım sıklıkları, uyuşturucu madde kullanım sıklıkları ve KOB tedavisi alma durumu arasında bağımsızlık söz konusu değildir. Ayrıca, kumarbaz düzeyi ile psikiyatrik ve/veya nörolojik tanıya sahip olma arasında ( $\chi^2= 4,554$ ,  $p>0,05$ ) ve alkol kullanım sıklığı arasında ( $\chi^2= 11,701$ ,  $p>0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Bkz. Tablo 15.).

**Tablo 16.** Kumarbaz Düzeyleri ve Kumarla İlişkili Değişkenlerin Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması

Değişkenler	Kumarbaz Düzeyleri			$\chi^2$	p		
	Sosyal Kumarbaz	Sorunlu Kumarbaz	Patolojik Kumarbaz				
En Sık Oynanan	Beceri/Şans	n, %	16, %8,0	17, %6,3	8, %9,0	30,509	0,001
Çevrimiçi Kumar	Şans Oyunları	n, %	80, %40,2	55, %20,5	16, %18,0		
	Slot Türleri	n, %	45, %22,6	96, %35,8	34, %38,2		
	Bahis Türleri	n, %	58, %29,1	100, %37,3	31, %34,8		
Kumar Türü	1 Oyun	n, %	47, %63,5	21, %28,4	6, %1,1	54,456	0,001
	2-5 Oyun	n, %	115, %38,5	149, %49,8	35, %11,7		
Sayı	5 ve üzeri	n, %	37, %20,2	98, %53,6	48, %26,2		
Katılım Şekli	Çevrimiçi	n, %	113, %56,8	146, %54,5	49, %55,1	0,251	0,882
	Çevrimiçi/dışı	n, %	86, %43,2	122, %45,5	40, %44,9		
Kumara Başlama Yaşı	Çocukluk	n, %	4, %2,0	8, %3,0	2, %2,2	23,552	0,001
	Ergenlik	n, %	37, %18,6	84, %31,3	36, %40,4		
	Genç Yetişkin	n, %	105, %52,8	136, %50,7	39, %43,8		
	Yetişkinlik	n, %	53, %26,6	40, %14,9	12, %13,5		
Kazanç Durumu	Kazanç Yaşadı	n, %	19, %9,5	54, %20,1	36, %40,4	81,951	0,001
	Kayıp Yaşadı	n, %	8, %4,0	18, %6,7	10, %11,2		
	Her İkisi	n, %	36, %18,1	74, %27,6	31, %34,8		
	Hiçbiri	n, %	136, %68,3	122, %45,5	12, %13,5		
Çevrede Oynayan	Yok	n, %	45, %62,5	19, %26,4	8, %11,1	25,888	0,001
	Var	n, %	154, %31,8	249, %51,4	81, %16,7		
Çevrede Kumar Oynayan Kişiler	Aile Üyeleri	n, %	10, %5,0	9, %3,4	1, %1,1	31,808	0,001
	Arkadaşlar	n, %	125, %62,8	209, %78,0	74, %83,1		
	Aile ve Arkadaş	n, %	19, %9,5	31, %11,6	6, %6,7		
	Hiç Kimse	n, %	45, %22,6	19, %7,1	8, %9,0		
Çevrimiçi Kumar Katılım Sıklığı	Her Gün	n, %	2, %1,0	15, %5,6	21, %23,6	116,654	0,001
	Haftada Birkaç	n, %	17, %8,5	51, %19,0	34, %38,2		
	Ayda Birkaç	n, %	22, %11,1	54, %20,1	11, %12,4		
	Yılda Birkaç	n, %	53, %26,6	50, %18,7	3, %3,4		
	Geçmişte	n, %	105, %52,8	98, %36,6	20, %22,5		

%;Satır yüzdesi, n: Kişi sayısı,  $\chi^2$ : Pearson Ki Kare değeri, p: Anlamlılık değeri

Kumarbaz düzeyleri ve kumarla ilgili çeşitli değişkenlerin arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Ki-Kare Bağımsızlık Testi sonuçlarına göre kumarbaz düzeyi ile en sık oynanan kumar türü arasında ( $\chi^2= 30,509$ ,  $p<0,001$ ), yaşam boyu oynanan toplam çevrimiçi kumar türü sayısı arasında ( $\chi^2= 54,456$ ,  $p<0,001$ ), kumar oynamaya başlanan ilk zamanlarda kazanç/kayıp yaşama durumu arasında ( $\chi^2= 81,951$ ,  $p<0,001$ ), çevrede kumar oynayan kişilerin olması arasında ( $\chi^2= 25,888$ ,

$p < 0,001$ ), çevrede kumar oynayan kişiler arasında ( $\chi^2 = 31,808$ ,  $p < 0,001$ ) çevrimiçi kumar oyunlarına katılım sıklığı arasında ( $\chi^2 = 116,654$ ,  $p < 0,001$ ) ve kumara başlama yaşı arasında ( $\chi^2 = 23,552$ ,  $p < 0,001$ ), oynamak arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Bu sonuçlara göre katılımcıların dahil olduğu kumarbaz düzeyleri en sık oynamayı tercih ettikleri kumar türleri, kumar türü katılım sayıları, kumara başlama yaşları, kumar oynamaya başlanan ilk zamanlarda kazanç/kayıp yaşama durumları, çevrede kumar oynayan kişilerin varlığı ve kimlerden oluştuğu ve çevrimiçi kumar oyunlarına katılım sıklıkları arasında bağımsızlık söz konusu değildir. Ayrıca, kumarbaz düzeyi ile kumar oyunlarına katılım şekli arasında ( $\chi^2 = 0,251$ ,  $p > 0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Bkz. Tablo 16.).

**Tablo 17.** Örneklem Ölçek Puanları ile Alt Boyut Puanları Dağılımının Normallik Sınaması Sonuçları

	n	Çarpıklık		Basıklık		Kolmogorov-Smirnov		
		İstatistik	SH	İstatistik	SH	İstatistik	df	p
GRCST	556	1,073	0,104	0,536	0,207	0,166	556	0,001
GRCST_KODD	556	1,765	0,104	2,447	0,207	0,277	556	0,001
GRCST_KOEİ	556	1,288	0,104	0,736	0,207	0,240	556	0,001
GRCST_KOB	556	1,288	0,104	0,736	0,207	0,169	556	0,001
GRCST_YDÖY	556	0,891	0,104	-0,302	0,207	0,179	556	0,001
GRCST_TK	556	0,856	0,104	-0,164	0,207	0,163	556	0,001
İKBÖ	556	0,935	0,104	0,283	0,207	0,120	556	0,001
Motivasyon	556	0,680	0,104	0,001	0,207	0,093	556	0,001
Bağımlılık	556	1,231	0,104	0,572	0,207	0,202	556	0,001
Olumsuz Psikoloji	556	1,085	0,104	0,174	0,207	0,194	556	0,001
KURT	556	0,831	0,104	-0,323	0,207	0,142	556	0,001
Ekonomik/Sosyal	556	1,217	0,104	0,258	0,207	0,265	556	0,001
Kumar Davranışı	556	0,689	0,104	-0,522	0,207	0,129	556	0,001
KONÖ	556	0,464	0,104	-0,355	0,207	0,069	556	0,001
Eğlenme/Heyecan	556	0,162	0,104	-0,930	0,207	0,069	556	0,001
Kaçınma	556	1,207	0,104	0,354	0,207	0,228	556	0,001
Para Kazanma	556	0,169	0,104	-1,051	0,207	0,086	556	0,001
Sosyalleşme	556	1,476	0,104	1,854	0,207	0,217	556	0,001

n: Kişi sayısı, df: Serbestlik derecesi, p: Anlamlılık değeri, SH: Standart Hata

Örneklem Ölçek Puanları ile Alt Boyut Puanlarının normal dağılımlı bir anakütleden çekilip çekilmediğinin belirlenmesi için yapılan Kolmogorov-Smirnov testi sonuçlarına göre: GRCST için KS (556)= 0,166;  $p < 0,001$ , GRCST\_KODD için KS (556)= 0,277;  $p < 0,001$ , GRCST\_KOEİ için KS (556)= 0,240;  $p < 0,001$ , GRCST\_KOB için KS (556)= 0,169;  $p < 0,001$ , GRCST\_YDÖY için KS (556)= 0,179;  $p < 0,001$ , GRCST\_TK için KS (556)= 0,163;  $p < 0,001$ , İKBÖ için KS (556)= 0,120;

$p < 0,001$ , Motivasyon için KS (556)= 0,093;  $p < 0,001$ , Bağımlılık için KS (556)= 0,202;  $p < 0,001$ , Olumsuz Psikoloji için KS (556)= 0,194;  $p < 0,001$ , KURT için KS (556)= 0,142;  $p < 0,001$ , Ekonomik/Sosyal Sorunlar için KS (556)= 0,265;  $p < 0,001$ , Kumar Davranışı için KS (556)= 0,129;  $p < 0,001$ , KONÖ için KS (556)= 0,069;  $p < 0,001$ , Eğlenme/Heyecanlanma için KS (556)= 0,069;  $p < 0,001$ , Kaçınma için KS (556)= 0,228;  $p < 0,001$ , Para Kazanma için KS (556)= 0,086;  $p < 0,001$  ve Sosyalleşme için KS (556)= 0,217;  $p < 0,001$  olarak hesaplanmış olup tüm ölçeklerin ve alt boyutların puanları için söz konusu dağılımın normal dağılımlı bir anakütleden çekilmediği, normal dağılımlı olmadığı gözlenmiştir (Bkz. Tablo 17.)

**Tablo 18.** İKBÖ Puanının Çeşitli Değişken Kategorileri Açısından Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Medyan	Sıralar Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	Z	p
Cinsiyet	Kadın	167	33,0	225,89	37723,00	23695,00	-5,062	<b>0,001</b>
	Erkek	389	41,0	301,09	117123,00			
Çocuk Durumu	Var	99	34,0	241,61	130927,00	18969,00	-2,522	<b>0,012</b>
	Yok	457	39,0	286,49	23919,00			
Tanı Durumu	Var	117	40,0	293,61	34352,50	23913,50	-1,146	0,252
	Yok	439	38,0	274,47	120493,50			
Katılım Koşulu	Çevrimiçi	308	38,0	272,77	84013,00	36427,00	-0,938	0,348
	Her ikisi de	248	39,0	285,62	70833,00			
Çevrede Oynayan	Var	484	39,0	289,72	140225,00	11993,00	-4,272	<b>0,001</b>
	Yok	72	26,0	203,07	14621,00			
KOB Tedavi Süresi	Aldım	16	62,0	420,30	148123,50	2053,50	-3,581	<b>0,001</b>
	Almadım	540	38,0	274,30	6722,50			
Tedavi Süresi	6 ay ve altı	9	73,0	9,72	87,50	20,50	-1,166	0,244
	6 ay üzeri	7	53,0	6,93	48,50			

Araştırma örnekleminin İKBÖ puan ortalamalarının çeşitli değişkenlere göre farklılaşp farklılaşmadığını incelenmek için yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre: Kadınların İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{kadın}=33,0$ ) ile erkeklerin İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{erkek}=41,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U= 23695,00$ ;  $p < 0,001$ . Çocuk sahibi olanların İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{var}=34,0$ ) ile çocuk sahibi olmayanların İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{yok}=39,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U= 18969,00$ ;  $p < 0,05$ . Çevresinde kumar oynayan kişiler, bulunan katılımcıların İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{var}=39,0$ ) ile bulunmayan katılımcıların İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{yok}=26,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U= 11993,00$ ;  $p < 0,001$ .

KOB Tedavisi, alan katılımcıların İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{alan}=62,0$ ) ile bulunmayan katılımcıların İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{almayan}=38,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U= 2053,50$ ;  $p<0,001$ . Ayrıca, Psikiyatrik/Nörolojik tanı, alan katılımcıların İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{alan}=40,0$ ) ile bulunmayan katılımcıların İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{almayan}=38,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir  $U= 23913,50$ ;  $p>0,05$ . Kumar katılım koşulu, yalnızca çevrimiçi olan katılımcıların İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{çevrimiçi}=38,0$ ) ile hem çevrimiçi hem çevrimdışı olan katılımcıların İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{herikiside}=39,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir  $U= 36427,00$ ;  $p>0,05$ . Tedavi süresi, 6 ay ve aşağısı olan katılımcıların İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{6ayaltı}=73,0$ ) ile 6 ay üzeri olan katılımcıların İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{6ayüzeri}=53,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir  $U= 20,500$ ;  $p>0,05$ . Bu sonuçlara göre cinsiyetin, çocuk sahibi olma durumunun, çevrede kumar oynayan kişilerin olup olmasının ve KOB tedavisi alıp almamanın İKBÖ puanı üzerinde etkili olduğu ve Psikiyatrik/Nörolojik tanı alma, kumar katılım koşulu ve KOB Tedavi süresinin İKBÖ puanı üzerinde etkili olmadığı söylenebilir (Bkz. Tablo 18.).

**Tablo 19.** KURT Puanının Çeşitli Değişken Kategorileri Açısından Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Medyan	Sıralar Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	Z	p	
Cinsiyet	Kadın	167	3,0	228,55	38168,00	24140,0	-4,823	<b>0,001</b>
	Erkek	389	5,0	299,94	116678,00			
Çocuk Durumu	Var	99	3,0	288,59	131884,00	18012,00	-3,194	<b>0,001</b>
	Yok	457	5,0	231,94	22962,00			
Tanı Durumu	Var	117	6,0	307,99	36035,00	22231,00	-2,244	<b>0,025</b>
	Yok	439	4,0	270,64	118811,00			
Tanı Sayısı	Tek	104	5,0	57,09	5937,50	477,50	-1,726	0,084
	Komorbid	13	10,0	74,27	965,50			
Katılım Koşulu	Çevrimiçi	308	4,0	267,51	82392,50	34806,50	-1,805	0,071
	Her ikisi de	248	5,5	292,15	72453,50			
Çevrede Oynayan	Var	484	5,0	290,63	140662,50	11555,50	-4,633	<b>0,001</b>
	Yok	72	1,0	196,99	14183,50			
KOB Tedavisi	Aldım	16	16,0	489,26	7828,50	947,50	-5347	<b>0,001</b>
	Almadım	540	4,0	272,25	147017,50			
Tedavi Süresi	6 ay ve altı	9	16,0	7,83	70,50	25,500	-0,640	0,522
	6 ay üzeri	7	18,0	9,36	65,50			

Araştırma örnekleminin KURT puan ortalamalarının çeşitli değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre: Kadınların KURT puan ortalaması ( $Me_{kadın}=3,0$ ) ile erkeklerin KURT puan ortalaması ( $Me_{erkek}=5,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U= 24140,0$ ;  $p<0,001$ . Çocuk sahibi olanların KURT puan ortalaması ( $Me_{var}=3,0$ ) ile çocuk sahibi olmayanların KURT puan ortalaması ( $Me_{yok}=5,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U= 18012,00$ ;  $p<0,001$ . Psikiyatrik/Nörolojik tanı alan katılımcıların KURT puan ortalaması ( $Me_{alan}=6,0$ ) ile almayan katılımcıların KURT puan ortalaması ( $Me_{almayan}=4,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U= 22231,00$ ;  $p<0,05$ . Çevresinde kumar oynayan kişiler, bulunan katılımcıların KURT puan ortalaması ( $Me_{var}=5,0$ ) ile bulunmayan katılımcıların KURT puan ortalaması ( $Me_{yok}=1,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U= 11555,50$ ;  $p<0,001$ . KOB Tedavisi, alan katılımcıların KURT puan ortalaması ( $Me_{alan}=16,0$ ) ile bulunmayan katılımcıların KURT puan ortalaması ( $Me_{almayan}=4,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U= 947,50$ ;  $p<0,001$ . Ayrıca, Psikiyatrik/Nörolojik tanı sayısı, tek olan katılımcıların KURT puan ortalaması ( $Me_{tek}=5,0$ ) ile hem çevrimiçi hem çevrimdışı olan katılımcıların KURT puan ortalaması ( $Me_{komorbid}=10,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir  $U= 477,50$ ;  $p>0,05$ . Kumar katılım koşulu, yalnızca çevrimiçi olan katılımcıların KURT puan ortalaması ( $Me_{çevrimiçi}=4,0$ ) ile hem çevrimiçi hem çevrimdışı olan katılımcıların KURT puan ortalaması ( $Me_{herikiside}=5,5$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir  $U= 34806,50$ ;  $p>0,05$ . Tedavi süresi, 6 ay ve aşağısı olan katılımcıların KURT puan ortalaması ( $Me_{6ayaltı}=16,0$ ) ile 6 ay üzeri olan katılımcıların KURT puan ortalaması ( $Me_{6ayüzeri}=18,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir  $U= 25,500$ ;  $p>0,05$ . Bu sonuçlara göre cinsiyetin, çocuk sahibi olma durumunun, Psikiyatrik/Nörolojik tanı alıp almamanın, çevrede kumar oynayan kişilerin olup olmamasının ve KOB tedavisi alıp almamanın KURT puanı üzerinde etkili olduğu ve Psikiyatrik/Nörolojik tanı sayısı, kumar katılım koşulu ve KOB Tedavi süresinin KURT puanı üzerinde etkili olmadığı söylenebilir (Bkz. Tablo 19.).

**Tablo 20.** GRCS-T\_KODD Puanının Çeşitli Değişken Kategorileri Açısından Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Medyan	Sıralar Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	Z	p	
Cinsiyet	Kadın	167	5,0	229,93	38398,00	24370,00	-5,040	<b>0,001</b>
	Erkek	389	6,0	299,35	116448,00			
Tanı	Var	117	6,0	292,71	24019,00	24019,00	-1,162	0,245
Durumu	Yok	439	5,0	274,71	120599,00			
Çevrede	Var	484	6,0	286,38	138607,50	13610,50	-3,235	<b>0,001</b>
Oynayan	Yok	72	5,0	225,53	16238,50			
KOB	Aldım	16	6,0	277,49	149845,00	3775,00	-0,929	0,353
Tedavi	Almadım	540	5,0	312,56	5001,00			
Tedavi Süresi	6 ay ve altı	9	12,0	8,94	80,50	27,500	-0,443	0,658
	6 ay üzeri	7	6,0	7,93	55,50			

Araştırma örnekleminin GRCS-T\_KODD puan ortalamalarının çeşitli değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre: Kadınların GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{kadın}=5,0$ ) ile erkeklerin GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{erkek}=6,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U= 24370,00$ ;  $p<0,001$ . Çevresinde kumar oynayan kişiler, bulunan katılımcıların GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{var}=6,0$ ) ile bulunmayan katılımcıların GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{yok}=5,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U= 13610,50$ ;  $p<0,001$ . Ayrıca, Psikiyatrik/Nörolojik tanı alan katılımcıların GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{alan}=6,0$ ) ile almayan katılımcıların GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{almayan}=5,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir  $U= 24019,00$ ;  $p>0,05$ . KOB Tedavisi, alan katılımcıların GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{alan}=6,0$ ) ile bulunmayan katılımcıların GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{almayan}=5,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U= 3775,00$ ;  $p>0,05$ . Tedavi süresi, 6 ay ve aşağısı olan katılımcıların GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{6ayaltı}=12,0$ ) ile 6 ay üzeri olan katılımcıların GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{6ayüzeri}=6,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir  $U= 27,500$ ;  $p>0,05$ . Bu sonuçlara göre cinsiyetin, çevrede kumar oynayan kişilerin olup olmamasının GRCS-T\_KODD puanı üzerinde etkili olduğu ve Psikiyatrik/Nörolojik tanı alıp almamanın, KOB tedavisi alıp almamanın ve KOB Tedavi süresinin GRCS-T\_KODD puanı üzerinde etkili olmadığı söylenebilir (Bkz. Tablo 20.).

**Tablo 21.** GRCS-T\_KOEİ Puanının Çeşitli Değişken Kategorileri Açısından Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Medyan	Sıralar Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	Z	p	
Cinsiyet	Kadın	167	3,0	256,79	42883,50	28855,50	-2,202	<b>0,028</b>
	Erkek	389	5,0	287,82	111962,50			
Tanı	Var	117	4,0	287,23	33605,50	24660,50	-0,697	0,486
Durumu	Yok	439	4,0	276,17	121240,50			
Çevrede	Var	484	4,0	285,75	138301,50	13916,50	-2,909	<b>0,004</b>
Oynayan	Yok	72	3,0	229,78	16544,50			
KOB	Aldım	16	3,0	250,28	4004,50	3868,50	-0,752	0,452
Tedavi	Almadım	540	4,0	279,34	150841,50			
Tedavi Süresi	6 ay ve altı	9	7,0	9,72	87,50	20,500	-1,285	0,199
	6 ay üzeri	7	3,0	6,93	48,50			

Araştırma örnekleminin GRCS-T\_KOEİ puan ortalamalarının çeşitli değişkenlere göre farklılaşp farklılaşmadığını incelemek için yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre: Kadınların GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{kadın}=3,0$ ) ile erkeklerin GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{erkek}=5,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U= 28855,50$ ;  $p<0,001$ . Çevresinde kumar oynayan kişiler, bulunan katılımcıların GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{var}=4,0$ ) ile bulunmayan katılımcıların GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{yok}=3,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U= 13916,50$ ;  $p<0,001$ . Ayrıca, Psikiyatrik/Nörolojik tanı alan katılımcıların GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{alan}=4,0$ ) ile almayan katılımcıların GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{almayan}=4,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir  $U= 24660,50$ ;  $p>0,05$ . KOB Tedavisi, alan katılımcıların GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{alan}=3,0$ ) ile bulunmayan katılımcıların GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{almayan}=4,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U= 3868,50$ ;  $p>0,05$ . Tedavi süresi, 6 ay ve aşağısı olan katılımcıların GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{6ayaltı}=7,0$ ) ile 6 ay üzeri olan katılımcıların GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{6ayüzeri}=3,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir  $U= 20,500$ ;  $p>0,05$ . Bu sonuçlara göre cinsiyetin, çevrede kumar oynayan kişilerin olup olmamasının GRCS-T\_KOEİ puanı üzerinde etkili olduğu ve Psikiyatrik/Nörolojik tanı alıp almamanın, KOB tedavisi alıp almamanın ve KOB

Tedavi süresinin GRCS-T\_KOEİ puanı üzerinde etkili olmadığı söylenebilir (Bkz. Tablo 21.).

**Tablo 22.** GRCS-T\_KOBE Puanının Çeşitli Değişken Kategorileri Açısından Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Medyan	Sıralar Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	Z	p
Cinsiyet	Kadın	167	6,0	240,11	40098,50	26070,50	-3,732	<b>0,001</b>
	Erkek	389	8,0	294,98	114747,50			
Tanı Durumu	Var	117	8,0	292,24	34192,00	24074,00	-1,053	0,293
	Yok	439	8,0	274,84	120654,00			
Çevrede Oynayan	Var	484	8,0	288,12	139451,00	12767,00	-3,702	<b>0,001</b>
	Yok	72	5,0	213,82	15395,00			
KOB Tedavi	Aldım	16	9,0	303,50	4856,00	3920,00	-0,639	0,523
	Almadım	540	8,0	277,76	149990,00			
Tedavi Süresi	6 ay ve altı	9	14,0	9,39	84,50	23,500	-0,862	0,389
	6 ay üzeri	7	6,0	7,36	51,50			

Araştırma örnekleminin GRCS-T\_KOBE puan ortalamalarının çeşitli değişkenlere göre farklılaşp farklılaşmadığını incelemek için yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre: Kadınların GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{kadın}=6,0$ ) ile erkeklerin GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{erkek}=8,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U= 26070,50$ ;  $p<0,001$ . Çevresinde kumar oynayan kişiler, bulunan katılımcıların GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{var}=8,0$ ) ile bulunmayan katılımcıların GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{yok}=5,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U= 12767,00$ ;  $p<0,001$ . Ayrıca, Psikiyatrik/Nörolojik tanı alan katılımcıların GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{alan}=8,0$ ) ile almayan katılımcıların GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{almayan}=8,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir  $U= 24074,00$ ;  $p>0,05$ . KOB Tedavisi, alan katılımcıların GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{alan}=9,0$ ) ile bulunmayan katılımcıların GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{almayan}=8,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U= 3920,00$ ;  $p>0,05$ . Tedavi süresi, 6 ay ve aşağısı olan katılımcıların GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{6ayaltı}=14,0$ ) ile 6 ay üzeri olan katılımcıların GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{6ayüzeri}=6,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir  $U= 23,500$ ;  $p>0,05$ . Bu sonuçlara göre cinsiyetin, çevrede kumar oynayan kişilerin olup olmasının GRCS-T\_KOBE puanı üzerinde etkili

olduğu ve Psikiyatrik/Nörolojik tanı alıp almamanın, KOB tedavisi alıp almamanın ve KOB Tedavi süresinin GRCS-T\_KOBE puanı üzerinde etkili olmadığı söylenebilir (Bkz. Tablo 22.).

**Tablo 23.** GRCS-T\_YDÖY Puanının Çeşitli Değişken Kategorileri Açısından Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Medyan	Sıralar Toplamı	Sıralar Ortalaması	U	Z	p
Cinsiyet	Kadın	167	6,0	238,24	39786,00	257558,0	-3,950	<b>0,001</b>
	Erkek	389	9,0	295,78	115060,00			
Tanı	Var	117	9,0	301,91	35323,00	22943,00	-1,809	0,070
Durumu	Yok	439	7,0	272,26	119523,00			
Çevrede	Var	484	8,0	289,26	140001,50	12216,50	-4,177	<b>0,001</b>
Oynayan	Yok	72	4,0	206,17	14844,50			
KOB Tedavisi	Aldım	16	9,0	308,09	4929,50	3846,50	-0,763	0,446
	Almadım	540	7,0	277,62	149916,50			
Tedavi Süresi	6 ay ve altı	9	18,0	10,33	93,00	15,000	-1,797	0,072
	6 ay üzeri	7	4,0	6,14	43,00			

Araştırma örnekleminin GRCS-T\_YDÖY puan ortalamalarının çeşitli değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre: Kadınların GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{kadın}=6,0$ ) ile erkeklerin GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{erkek}=9,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U= 257558,00$ ;  $p<0,001$ . Çevresinde kumar oynayan kişiler, bulunan katılımcıların GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{var}=8,0$ ) ile bulunmayan katılımcıların GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{yok}=4,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U= 12216,50$ ;  $p<0,001$ . Ayrıca, Psikiyatrik/Nörolojik tanı alan katılımcıların GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{alan}=9,0$ ) ile almayan katılımcıların GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{almayan}=7,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir  $U= 22943,00$ ;  $p>0,05$ . KOB Tedavisi, alan katılımcıların GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{alan}=9,0$ ) ile bulunmayan katılımcıların GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{almayan}=7,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U= 3846,50$ ;  $p>0,05$ . Tedavi süresi, 6 ay ve aşağısı olan katılımcıların GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{6ayaltı}=18,0$ ) ile 6 ay üzeri olan katılımcıların GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{6ayuzeri}=4,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir  $U= 15,000$ ;  $p>0,05$ . Bu sonuçlara göre cinsiyetin, çevrede

kumar oynayan kişilerin olup olmamasının GRCS-T\_YDÖY puanı üzerinde etkili olduğu ve Psikiyatrik/Nörolojik tanı alıp almamanın, KOB tedavisi alıp almamanın ve KOB Tedavi süresinin GRCS-T\_YDÖY puanı üzerinde etkili olmadığı söylenebilir (Bkz. Tablo 23.).

**Tablo 24.** GRCS-T\_TK Puanının Çeşitli Değişken Kategorileri Açısından Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Medyan	Sıralar Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	Z	p
Cinsiyet	Kadın	167	8,0	242,13	40435,00	26407,00	-3,537	<b>0,001</b>
	Erkek	389	11,0	294,12	114411,00			
Tanı Durumu	Var	117	10,0	284,32	33265,00	25001,00	-0,446	0,656
	Yok	439	10,0	276,95	121581,00			
Çevrede Oynayan	Var	484	10,5	288,82	139786,50	12431,50	-3,969	<b>0,001</b>
	Yok	72	6,0	209,16	15059,50			
KOB Tedavi	Aldım	16	9,0	246,78	3948,50	3812,50	-0,810	0,418
	Almadım	540	10,0	279,44	150897,50			
Tedavi Süresi	6 ay ve altı	9	10,0	9,50	85,50	22,500	-0,996	0,319
	6 ay üzeri	7	17,0	7,21	50,50			

Araştırma örnekleminin GRCS-T\_TK puan ortalamalarının çeşitli değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre: Kadınların GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{kadın}=8,0$ ) ile erkeklerin GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{erkek}=11,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U= 26407,00$ ;  $p<0,001$ . Çevresinde kumar oynayan kişiler, bulunan katılımcıların GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{var}=10,5$ ) ile bulunmayan katılımcıların GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{yok}=6,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U= 12431,50$ ;  $p<0,001$ . Ayrıca, Psikiyatrik/Nörolojik tanı alan katılımcıların GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{alan}=10,0$ ) ile almayan katılımcıların GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{almayan}=10,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir  $U= 25001,00$ ;  $p>0,05$ . KOB Tedavisi, alan katılımcıların GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{alan}=9,0$ ) ile bulunmayan katılımcıların GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{almayan}=10,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U= 3812,50$ ;  $p>0,05$ . Tedavi süresi, 6 ay ve aşağısı olan katılımcıların GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{6ayaltı}=10,0$ ) ile 6 ay üzeri olan katılımcıların GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{6ayüzeri}=17,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

gözlenmemiştir  $U= 22,500$ ;  $p>0,05$ . Bu sonuçlara göre cinsiyetin, çevrede kumar oynayan kişilerin olup olmasının GRCS-T\_TK puanı üzerinde etkili olduğu ve Psikiyatrik/Nörolojik tanı alıp almamanın, KOB tedavisi alıp almamanın ve KOB Tedavi süresinin GRCS-T\_TK puanı üzerinde etkili olmadığı söylenebilir (Bkz. Tablo 24.).

**Tablo 25.** Eğlenme/Heyecanlanma Puanının Çeşitli Değişken Kategorileri Açısından Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Medyan	Sıralar Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	Z	p
Cinsiyet	Kadın	167	30,0	227,56	38003,00	23975,00	-4,901	<b>0,001</b>
	Erkek	389	39,0	300,37	116843,00			
Tanı Durumu	Var	117	38,0	299,38	35027,00	23239,00	-1,583	0,113
	Yok	439	37,0	272,94	119819,00			
Katılım Koşulu	Çevrimiçi	308	35,0	261,58	80566,50	32980,50	-2,769	<b>0,006</b>
	Her ikisi de	248	39,0	299,51	74279,50			
Çevrede Oynayan	Var	484	38,0	192,26	13843,00	11215,00	-4,884	<b>0,001</b>
	Yok	72	24,0	291,33	141003,00			

Araştırma örnekleminin Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalamalarının çeşitli değişkenlere göre farklılaşp farklılaşmadığını incelemek için yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre: Kadınların Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalaması ( $Me_{kadın}=30,0$ ) ile erkeklerin Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalaması ( $Me_{erkek}=39,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U=23975,00$ ;  $p<0,001$ . Kumar katılım koşulu, yalnızca çevrimiçi olan katılımcıların Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalaması ( $Me_{çevrimiçi}=35,0$ ) ile hem çevrimiçi hem çevrimdışı olan katılımcıların Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalaması ( $Me_{herikiside}=39,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U= 32980,50$ ;  $p<0,01$ . Çevresinde kumar oynayan kişiler, bulunan katılımcıların Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalaması ( $Me_{var}=38,0$ ) ile bulunmayan katılımcıların Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalaması ( $Me_{yok}=24,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U= 11215,00$ ;  $p<0,001$ . Ayrıca, Psikiyatrik/Nörolojik tanı alan katılımcıların Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalaması ( $Me_{alan}=38,0$ ) ile almayan katılımcıların Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalaması ( $Me_{almayan}=37,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir  $U= 23239,00$ ;  $p>0,05$ . Bu sonuçlara göre cinsiyetin, kumar katılım koşulunun ve çevrede kumar oynayan kişilerin olup

olmamasının Eğlenme/Heyecanlanma puanı üzerinde etkili olduğu ve Psikiyatrik/Nörolojik tanı alıp almamanın Eğlenme/Heyecanlanma puanı üzerinde etkili olmadığı söylenebilir (Bkz. Tablo 25.).

**Tablo 26.** Kaçınma Puanının Çeşitli Değişken Kategorileri Açısından Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Medyan	Sıralar Toplamı	Sıralar Ortalaması	U	Z	p
Cinsiyet	Kadın	167	7,0	236,64	39518,50	25490,50	-4,161	<b>0,001</b>
	Erkek	389	10,0	296,47	115327,50			
Tanı Durumu	Var	117	12,0	316,40	37019,00	21247,00	-2,968	<b>0,003</b>
	Yok	439	9,0	268,40	117827,00			
Katılım Koşulu	Çevrimiçi	308	9,0	278,67	85829,50	38140,50	-0,028	0,977
	Her ikisi de	248	9,0	278,29	69016,50			
Çevrede Oynayan	Var	484	7,0	284,63	17086,50	14458,50	-2,410	<b>0,016</b>
	Yok	72	9,0	237,31	17086,50			

Araştırma örnekleminin Kaçınma puan ortalamalarının çeşitli değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre: Kadınların Kaçınma puan ortalaması ( $Me_{kadın}=7,0$ ) ile erkeklerin Kaçınma puan ortalaması ( $Me_{erkek}=10,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U=25490,50$ ;  $p<0,001$ . Psikiyatrik/Nörolojik tanı alanların Kaçınma puan ortalaması ( $Me_{alan}=12,0$ ) ile almayanların Kaçınma puan ortalaması ( $Me_{almayan}=9,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U=21247,00$ ;  $p<0,01$ . Çevresinde kumar oynayan kişiler bulunanların Kaçınma puan ortalaması ( $Me_{var}=7,0$ ) ile bulunmayanların Kaçınma puan ortalaması ( $Me_{yok}=9,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U=14458,50$ ;  $p<0,05$ . Ayrıca, yalnızca çevrimiçi kumar oynayanların Kaçınma puan ortalaması ( $Me_{çevrimiçi}=9,0$ ) ile çevrimiçi ve çevrimdışı oynayanların Kaçınma puan ortalaması ( $Me_{herikiside}=9,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir  $U=32980,50$ ;  $p>0,05$ . Bu sonuçlara göre cinsiyetin, tanı durumunun ve çevrede kumar kişiler bulunmasının Kaçınma puanı üzerinde etkili olduğu ve katılım koşulunun Kaçınma puanı üzerinde etkili olmadığı söylenebilir (Bkz. Tablo 26.).

**Tablo 27.** Para Kazanma Puanının Çeşitli Değişken Kategorileri Açısından Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Medyan	Sıralar Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	Z	p	
Cinsiyet	Kadın	167	19,0	268,37	44817,00	30789,00	-0,976	0,329
	Erkek	389	21,0	282,85	110029,00			
Tanı	Var	117	24,0	327,35	38299,50	19966,50	-3,707	<b>0,001</b>
Durumu	Yok	439	19,0	265,48	116546,50			
Katılım	Çevrimiçi	308	20,0	275,61	84488,00	37302,00	-0,473	0,636
Koşulu	Her ikisi de	248	21,0	282,09	69958,00			
Çevrede	Var	484	21,0	219,26	15787,00	13159,00	-3,359	<b>0,001</b>
Oynayan	Yok	72	17,0	287,31	139059,00			

Araştırma örnekleminin Para Kazanma puan ortalamalarının çeşitli değişkenlere göre farklılaşp farklılaşmadığını incelemek için yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre: Psikiyatrik/Nörolojik tanı alan katılımcıların Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{alan}=24,0$ ) ile almayan katılımcıların Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{almayan}=19,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U= 19966,50$ ;  $p<0,001$ . Çevresinde kumar oynayan kişiler, bulunan katılımcıların Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{var}=21,0$ ) ile bulunmayan katılımcıların Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{yok}=17,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U= 13159,00$ ;  $p<0,001$ . Ayrıca, kadınların Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{kadın}=19,0$ ) ile erkeklerin Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{erkek}=21,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir  $U=30789,00$ ;  $p>0,05$ . Kumar katılım koşulu, yalnızca çevrimiçi olan katılımcıların Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{çevrimiçi}=20,0$ ) ile hem çevrimiçi hem çevrimdışı olan katılımcıların Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{herikiside}=21,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir  $U= 37302,00$ ;  $p>0,05$ . Bu sonuçlara göre Psikiyatrik/Nörolojik tanı alıp almamanın ve çevrede kumar oynayan kişilerin olup olmasının Para Kazanma puanı üzerinde etkili olduğu ve cinsiyetin ve kumar katılım koşulunun Para Kazanma puanı üzerinde etkili olmadığı söylenebilir (Bkz. Tablo 27.).

**Tablo 28.** Sosyalleşme Puanının Çeşitli Değişken Kategorileri Açısından Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Medyan	Sıralar Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	Z	p
Cinsiyet	Kadın	167	6,0	239,64	40020,00	25992,00	-3,867	<b>0,001</b>
	Erkek	389	9,0	295,18	114826,00			
Tanı	Var	117	8,0	277,80	32503,00	25600,00	-0,055	0,956
Durumu	Yok	439	8,0	278,69	122343,00			
Katılım	Çevrimiçi	308	8,0	277,13	85357,00	37771,00	-0,231	0,817
Koşulu	Her ikisi de	248	8,0	280,20	69489,00			
Çevrede	Var	484	6,0	227,51	16380,50	13752,50	-2,987	<b>0,003</b>
Oynayan	Yok	72	8,0	286,09	138465,50			

Araştırma örnekleminin Sosyalleşme puan ortalamalarının çeşitli değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelenmek için yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre: Kadınların Sosyalleşme puan ortalaması ( $Me_{kadın}=6,0$ ) ile erkeklerin Sosyalleşme puan ortalaması ( $Me_{erkek}=9,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U=25992,00$ ;  $p<0,001$ . Çevresinde kumar oynayan kişiler, bulunan katılımcıların Sosyalleşme puan ortalaması ( $Me_{var}=6,0$ ) ile bulunmayan katılımcıların Sosyalleşme puan ortalaması ( $Me_{yok}=8,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir  $U= 13752,50$ ;  $p<0,01$ . Ayrıca, Psikiyatrik/Nörolojik tanı alan katılımcıların Sosyalleşme puan ortalaması ( $Me_{alan}=8,0$ ) ile almayan katılımcıların Sosyalleşme puan ortalaması ( $Me_{almayan}=8,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir  $U= 25600,00$ ;  $p>0,05$ . Kumar katılım koşulu, yalnızca çevrimiçi olan katılımcıların Sosyalleşme puan ortalaması ( $Me_{çevrimiçi}=8,0$ ) ile hem çevrimiçi hem çevrimdışı olan katılımcıların Sosyalleşme puan ortalaması ( $Me_{herikiside}=8,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir  $U= 37771,00$ ;  $p>0,05$ . Bu sonuçlara göre cinsiyetin ve çevrede kumar oynayan kişilerin olup olmasının Sosyalleşme puanı üzerinde etkili olduğu ve Psikiyatrik/Nörolojik tanı alıp almamanın ve kumar katılım koşulunun Sosyalleşme puanı üzerinde etkili olmadığı söylenebilir (Bkz. Tablo 28.).

**Tablo 29.** İKBÖ Puanının Çeşitli Sosyo Demografik Değişkenlere göre Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması

Değişkenler	Kişi Sayısı	Sıra Ortalaması	Medyan	df	$\chi^2$	p	
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	11	227,77	35,0	4	36,296	<b>0,001</b>
	Lise	171	313,44	44,0			
	Ön Lisans	70	330,95	46,5			
	Lisans	253	259,40	36,0			
	YL ve DR	50	187,87	29,0			
İlişki Durumu	Bekar	248	300,40	41,0	3	15,099	<b>0,002</b>
	Partneri Var	151	282,32	38,0			
	Evli	141	234,98	33,0			
	Dul/Boşanmış	16	286,56	38,0			
Çalışma Durumu	Emekli	11	247,27	33,0	4	9,716	<b>0,045</b>
	Öğrenci	104	309,14	43,0			
	İşsiz	40	228,53	30,5			
	Çalışan	363	279,65	38,0			
	E/Ö ve Çalışan	38	245,34	33,5			
Aile İlişkisi	İyi	358	260,49	36,5	2	17,557	<b>0,001</b>
	Orta	180	303,08	42,0			
	Kötü	18	391,00	59,0			
Sosyal Destek	Evet	427	264,17	37,0	2	20,463	<b>0,001</b>
	Hayır	28	390,64	59,5			
	Kısmen	101	307,99	42,0			
Boş Vakit Sıklık	Hiçbir Zaman	9	472,11	74,0	3	24,149	<b>0,001</b>
	Nadiren	88	312,13	44,5			
	Bazen	246	284,37	38,0			
	Sıklıkla	213	249,65	34,0			

p: Anlamlılık değeri df: Serbestlik derecesi

Araştırma örnekleminin İKBÖ puan ortalamalarının çeşitli sosyo-demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi için yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçlarına göre: İlköğretim mezunlarının İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{ilköğretim}=35,0$ ), lise mezunlarının İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{lise}=44,0$ ), ön lisans mezunlarının İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{önlisans}=46,5$ ), lisans mezunlarının İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{lisans}=36,0$ ) ve yüksek lisans veya doktora mezunlarının İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{ylvedr}=29,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 36,296$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın eğitim düzeyi lise-lisans, lise-yüksek lisans ve doktora, ön lisans-lisans ve ön lisans-yüksek lisans ve doktora olarak belirten kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. İlişki durumunu, bekar olarak belirtenlerin İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{bekar}=41,0$ ), partnerim var olarak belirtenlerin İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{partnerivar}=38,0$ ), evli olarak belirtenlerin İKBÖ

puan ortalaması ( $Me_{evli}=33,0$ ) ve dul veya boşanmış olarak belirtenlerin İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{dulboşanmış}=38,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 15,099$ ;  $p<0,01$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın evli kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Çalışma durumunu, emekli olarak belirtenlerin İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{emekli}=33,0$ ), öğrenci olarak belirtenlerin İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{öğrenci}=43,0$ ), işsiz olarak belirtenlerin İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{işsiz}=30,5$ ), çalışan olarak belirtenlerin İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{çalışan}=38,0$ ) ve hem emekli/öğrenci hem de çalışan olarak belirtenlerin İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{e\&öveçalışan}=33,5$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 9,716$ ;  $p<0,05$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın çalışma durumunu öğrenci-işsiz olarak belirten kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Aile ilişkisini, iyi olarak belirten kişilerin İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{iyi}=36,5$ ), orta olarak belirten kişilerin İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{orta}=42,0$ ) ve kötü olarak belirten kişilerin İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{kötü}=59,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 17,557$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın aile ilişkilerini iyi olarak belirten kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Sosyal destek, alanların İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{evet}=37,0$ ), alamayanların İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{hayır}=59,5$ ) ve kısmen alanların İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{kısmen}=42,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 20,463$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın sosyal destek alan kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Boş vakitlerini keyifli aktivitelerle geçirme sıklıklarını, hiçbir zaman olarak belirtenlerin İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{hiçbirzaman}=74,0$ ), nadiren olarak belirtenlerin İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{nadiren}=44,5$ ), bazen olarak belirtenlerin İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{bazen}=38,0$ ) ve sıklıkla olarak belirtenlerin İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{sıklıkla}=34,0$ ), arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 24,149$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın boş vakitlerini keyifli aktivitelerle geçirme sıklıklarını hiçbir zaman

ve nadiren-sıklıkla olarak belirten kişilerden kaynaklandığı söylenebilir (Bkz. Tablo 29.).

**Tablo 30.** İKBÖ Puanının Kumarla İlişkili Değişkenlere göre Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması

Değişkenler		Kişi Sayısı	Sıra Ortalaması	Medyan	df	$\chi^2$	p
Kumar	Çocukluk	14	330,00	50,0	3	20,579	<b>0,001</b>
Oynama	Ergenlik	157	312,62	41,0			
Başlangıç	Genç Yetişkinlik	280	277,18	38,0			
Yaşı	Yetişkinlik	105	224,15	33,0			
Kumar	Her Gün/Haftada Birkaç	140	424,46	61,0	2	185,772	<b>0,001</b>
Katılım	Ayda Birkaç Kez	87	314,85	41,0			
Sıklığı	Yılda Birkaç/Geçmişte	329	206,78	31,0			
En Sık	Beceri/Şans Oyunları	41	296,60	40,0	3	31,618	<b>0,001</b>
Oynanan	Şans Oyunları	151	219,53	31,0			
Çevrimiçi	Slot Türleri	175	317,59	42,0			
Kumar	Bahis Türleri	189	285,50	38,0			
Kazanç	Kazanç Yaşadım	109	365,96	50,0	3	93,413	<b>0,001</b>
Kayıp	Kayıp Yaşadım	36	357,46	50,5			
Yaşama	Her İkisi	141	315,88	42,0			
Durumu	Hiçbiri	270	213,14	31,5			
Aracılığı ile Başlama	Arkadaş	339	284,92	38,0	3	2,418	0,490
	Aile Üyeleri	37	271,19	40,0			
	Partner	26	238,54	33,5			
	Hiç Kimse	154	272,87	37,5			
Kumar Türü	1 Oyun	74	159,38	26,0	3	93,164	<b>0,001</b>
Katılım	2-5 Oyun	299	257,90	35,0			
Sayısı	5 ve üzeri Oyun	183	360,32	50,0			

p: Anlamlılık değeri df: Serbestlik derecesi

Araştırma örnekleminin İKBÖ puan ortalamalarının kumarla ilişkili değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi için yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçlarına göre: Kumar oynamaya başlama yaşı, çocukluk dönemi olan kişilerin İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{\text{çocukluk}}=50,0$ ), ergenlik dönemi olan kişilerin İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{\text{ergenlik}}=41,0$ ), genç yetişkinlik dönemi olan kişilerin İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{\text{gençyetişkinlik}}=38,0$ ) ve yetişkinlik dönemi olan kişilerin İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{\text{yetişkinlik}}=33,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 20,579$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın yetişkinlik döneminde kumar oynamaya başlayan kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Kumar katılım sıklığı, her gün/haftada birkaç kez olanların İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{\text{hergünhaftada}}=61,0$ ), ayda birkaç kez olanların İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{\text{ayda}}=41,0$ )

ve yılda birkaç kez/geçmişte olanların İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{yıldageçmişte}=31,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 185,772$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın tüm gruplardaki kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. En sık tercih edilen çevrimiçi kumar oyunu, beceri ve şans oyunları olan kişilerin İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{becerişans}=41,0$ ), şans oyunları olan kişilerin İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{şans}=31,0$ ), slot türleri olan kişilerin İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{slot}=42,0$ ) ve bahis türleri olan kişilerin İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{bahis}=38,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 31,618$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın şans oyunlarını tercih eden kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Kumar oynamaya başlanılan ilk zamanlarda büyük maddi, kazanç yaşayanların İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{kazanç}=50,0$ ), kayıp yaşayanların İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{kayıp}=50,5$ ), her ikisini de yaşayanların İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{ikisi}=42,0$ ) ve hiçbirini yaşamayanların İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{hiç}=31,5$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 93,413$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın hiçbirini yaşamayan ve kazanç yaşadım-her ikisi olarak belirten kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Yaşam boyu kumar türlerine katılım sayısı, 1 oyun olan kişilerin İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{1oyun}=26,0$ ), 2-5 oyun olan kişilerin İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{2-5oyun}=35,0$ ) 5 ve üzeri oyun olan kişilerin İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{5veüzeri}=50,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 93,164$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın tüm gruplardaki kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Ayrıca, kumara kimin aracılığıyla başladığını, arkadaş olarak belirten kişilerin İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{arkadaş}=38,0$ ), aile üyeleri olarak belirten kişilerin İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{aile}=40,0$ ), partner olarak belirten kişilerin İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{partner}=33,5$ ) ve hiç kimse olarak belirten kişilerin İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{kimse}=37,5$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir,  $\chi^2 = 2,418$ ;  $p>0,05$  (Bkz. Tablo 30.).

**Tablo 31.** KURT Puanının Çeşitli Sosyo Demografik Değişkenlere göre Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması

Değişkenler	Kişi Sayısı	Sıra Ortalaması	Medyan	df	$X^2$	p	
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	11	198,68	3,0	4	31,058	<b>0,001</b>
	Lise	171	309,18	6,0			
	Ön Lisans	70	326,20	6,0			
	Lisans	253	263,32	4,0			
	YL ve DR	50	195,58	2,0			
İlişki Durumu	Bekar	248	302,24	6,0	3	17,163	<b>0,001</b>
	Partneri Var	151	281,00	4,0			
	Evli	141	232,66	3,0			
	Dul/Boşanmış	16	290,81	3,5			
Çalışma Durumu	Emekli	11	251,23	2,0	4	4,967	0,291
	Öğrenci	104	298,60	5,5			
	İşsiz	40	245,53	3,0			
	Çalışan	363	280,26	5,0			
	E/Ö ve Çalışan	38	249,32	3,0			
Çalışma Süresi (Haftalık)	30 saatten az	52	184,08	4,5	2	1,284	0,526
	30-45 saat	213	203,44	5,0			
	45 saat üzeri	136	203,64	4,5			
Çalışma Yeri	İşyeri	301	201,53	5,0	2	3,602	0,165
	Uzaktan	35	169,64	3,0			
	Hibrit	65	215,41	5,0			
Çalışma Şekli	Tam Zamanlı	326	200,85	5,0	2	0,731	0,694
	Yarı Zamanı	21	201,10	4,0			
	Serbest	50	186,08	4,0			
Lokasyon	Metropol/BŞ	382	280,86	5,0	4	3,360	0,500
	İl Merkezi	93	255,68	4,0			
	İlçe	61	287,27	5,0			
	Köy-Kasaba	12	328,38	7,0			
	Yurtdışı	8	289,25	5,5			
Aylık Gelir	Düşük	342	286,37	5,0	2	2,152	0,341
	Orta	147	266,35	4,0			
	Yüksek	67	264,99	4,0			
Aile İlişkisi	İyi	358	257,35	4,0	2	20,878	<b>0,001</b>
	Orta	180	310,20	6,0			
	Kötü	18	382,17	9,0			
Sosyal Destek	Evet	427	260,41	4,0	2	29,850	<b>0,001</b>
	Hayır	28	405,66	12,0			
	Kısmen	101	319,73	6,0			
Boş Vakit Sıklık	Hiçbir Zaman	9	393,67	12,0	3	25,801	<b>0,001</b>
	Nadiren	88	337,14	7,0			
	Bazen	246	282,09	4,5			
	Sıklıkla	213	245,26	4,0			

p: Anlamlılık değeri df: Serbestlik derecesi

Araştırma örnekleminin KURT puan ortalamalarının çeşitli Sosyo-demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi için yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçlarına göre: Eğitim düzeyi, ilköğretim mezunlarının KURT puan

ortalaması ( $Me_{ilköğretim}=3,0$ ), lise mezunlarının KURT puan ortalaması ( $Me_{lise}=6,0$ ), ön lisans mezunlarının KURT puan ortalaması ( $Me_{önlisans}=6,0$ ), lisans mezunlarının KURT puan ortalaması ( $Me_{lisans}=4,0$ ) ve yüksek lisans veya doktora mezunlarının KURT puan ortalaması ( $Me_{yüvedr}=2,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 31,058$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın eğitim düzeyi ilköğretim-ön lisans, lise-lisans, lise-yüksek lisans ve doktora, ön lisans-lisans, ön lisans- yüksek lisans ve doktora ve lisans- yüksek lisans ve doktora olarak belirten kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. İlişki durumunu, bekar olarak belirten kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{bekar}=6,0$ ), partnerim var olarak belirten kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{partnerivar}=4,0$ ), evli olarak belirten kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{evli}=3,0$ ) ve dul veya boşanmış olarak belirten kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{dulboşanmış}=3,5$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 4,967$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın evli kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Aile ilişkisi, iyi olan kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{iyi}=4,0$ ), orta olan kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{orta}=6,0$ ) ve kötü olan kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{kötü}=9,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 20,878$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın aile ilişkilerini iyi olan kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Sosyal destek, alabilen kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{evet}=4,0$ ), alamayan kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{hayır}=12,0$ ) ve kısmen alabilen kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{kısmen}=6,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 29,850$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın tüm gruptaki kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Boş vakitlerini keyifli aktivitelerle geçirme sıklıkları, hiçbir zaman olan kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{hiçbirc zaman}=12,0$ ), nadiren olan kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{nadiren}=7,0$ ), bazen olan kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{bazen}=4,5$ ) ve sıklıkla olan kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{sıklıkla}=4,0$ ), arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 25,801$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın boş vakitlerini keyifli

aktivitelerle hiçbir zaman geçirmeyen ve nadiren geçiren kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Ayrıca, çalışma durumunda, emeklilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{emekli}=2,0$ ), öğrencilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{öğrenci}=5,5$ ), işsizlerin KURT puan ortalaması ( $Me_{işsiz}=3,0$ ), çalışanların KURT puan ortalaması ( $Me_{çalışan}=5,0$ ) ve hem emekli veya öğrenci hem de çalışanların KURT puan ortalaması ( $Me_{e\&öveçalışan}=3,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir,  $\chi^2= 4,967$ ;  $p>0,05$ . Haftalık çalışma süresi, 30 saatten az olanların KURT puan ortalaması ( $Me_{30saattenaz}=4,5$ ), 30-45 saat arası olanların KURT puan ortalaması ( $Me_{30-45saat}=5,0$ ) ve 45 saat üzeri olanların KURT puan ortalaması ( $Me_{45saatüzeri}=4,5$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir,  $\chi^2= 1,284$ ;  $p>0,05$ . Çalışma yerinde, işyerinde çalışanların KURT puan ortalaması ( $Me_{işyeri}=5,0$ ), uzaktan çalışanların KURT puan ortalaması ( $Me_{uzaktan}=3,0$ ) ve hibrit çalışanların KURT puan ortalaması ( $Me_{hibrit}=5,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir,  $\chi^2= 3,602$ ;  $p>0,05$ . Çalışma şeklinde, tam zamanlı çalışanların KURT puan ortalaması ( $Me_{tamzamanlı}=5,0$ ), yarı zamanlı çalışanların KURT puan ortalaması ( $Me_{yarızamanlı}=4,0$ ) ve serbest zamanlı çalışanların KURT puan ortalaması ( $Me_{serbest}=4,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir,  $\chi^2= 0,731$ ;  $p>0,05$ . Yaşadığı yeri, metropol veya büyük şehir olarak belirten kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{metropol}=5,0$ ), il merkezi olarak belirten kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{ilmerkezi}=4,0$ ), ilçe olarak belirten kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{ilçe}=5,0$ ), köy veya kasaba olarak belirten kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{köykasaba}=7,0$ ) ve yurtdışı olarak belirten kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{yurtdışı}=5,5$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir,  $\chi^2= 3,360$ ;  $p>0,05$ . Aylık geliri, düşük olan kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{düşük}=5,0$ ), orta olan kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{orta}=4,0$ ) ve yüksek olan kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{yüksek}=4,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir,  $\chi^2= 2,152$ ;  $p>0,05$  (Bkz. Tablo 31.).

**Tablo 32.** KURT Puanının Kumarla İlişkili Değişkenlere göre Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması

Değişkenler		Kişi Sayısı	Sıra Ortalaması	Medyan	df	$\chi^2$	p
Kumar Oynama Başlangıç Yaşı	Çocukluk Ergenlik Genç Yetişkinlik Yetişkinlik	14 157 280 105	268,11 323,88 270,76 232,67	5,0 6,0 4,0 3,0	3	21,953	<b>0,001</b>
Kumar Katılım Sıklığı	Her Gün/Haftada Birkaç Ayda Birkaç Kez Yılda Birkaç/Geçmişte	140 87 329	397,81 323,63 215,80	10,0 6,0 3,0	3	135,282	<b>0,001</b>
En Sık Oynanan Çevrimiçi Kumar	Beceri/Şans Oyunları Şans Oyunları Slot Türleri Bahis Türleri	41 151 175 189	282,29 309,73 228,48 288,72	4,0 2,0 5,0 5,0	3	22,216	<b>0,001</b>
Kazanç Kayıp Yaşama Durumu	Kazanç Yaşadım Kayıp Yaşadım Her İkisi Hiçbiri	109 36 141 270	356,74 372,54 323,17 211,05	8,0 10,0 7,0 2,0	3	97,468	<b>0,001</b>
Aracılığı ile Başlama	Arkadaş Aile Üyeleri Partner Hiç Kimse	339 37 26 154	287,17 266,91 225,04 271,22	5,0 4,0 3,0 5,0	3	4,411	0,220
Kumar Türü Katılım Sayısı	1 Oyun 2-5 Oyun 5 ve üzeri Oyun	74 299 183	179,01 255,41 356,46	1,0 4,0 8,0	3	78,287	<b>0,001</b>

p: Anlamlılık değeri df: Serbestlik derecesi

Araştırma örnekleminin KURT puan ortalamalarının kumarla ilişkili değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi için yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçlarına göre: Kumar oynayama başlama yaşı, çocukluk dönemi olan kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{\text{çocukluk}}=5,0$ ), ergenlik dönemi olan kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{\text{ergenlik}}=6,0$ ), genç yetişkinlik dönemi olan kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{\text{gençyetişkinlik}}=4,0$ ) ve yetişkinlik dönemi olan kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{\text{yetişkinlik}}=3,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 21,953$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın çocukluk ve ergenlik döneminde kumar oynamaya başlayan kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Kumar katılım sıklığı, her gün/haftada birkaç kez olanların KURT puan ortalaması ( $Me_{\text{hergünhaftada}}=10,0$ ), ayda birkaç kez olanların KURT puan ortalaması ( $Me_{\text{ayda}}=6,0$ ) ve yılda birkaç kez/geçmişte olanların KURT puan ortalaması ( $Me_{\text{yıldageçmişte}}=3,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 125,282$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri

sonucu anlamlı farklılığın tüm gruplardaki kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. En sık tercih edilen çevrimiçi kumar oyunu, beceri ve şans oyunları olan kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{becerişans}=4,0$ ), şans oyunları olan kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{şans}=2,0$ ), slot türleri olan kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{slot}=5,0$ ) ve bahis türleri olan kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{bahis}=5,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 22,216$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın beceri ve şans oyunları ve slot türleri tercih ettiğini belirten kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Kumar oynamaya başlanılan ilk zamanlarda büyük maddi, kazanç yaşayan kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{kazanç}=8,0$ ), kayıp yaşayan kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{kayıp}=10,0$ ), hem kazanç hem kayıp yaşayan kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{ikisi}=7,0$ ) ve hiçbirini yaşamayan kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{hiç}=2,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 97,468$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın hiçbirini yaşamayan kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Yaşam boyu kumar türlerine katılım sayısı, 1 oyun olan kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{1oyun}=1,0$ ), 2-5 oyun olan kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{2-5oyun}=4,0$ ) 5 ve üzeri oyun olan kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{5veüzeri}=8,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 78,287$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın tüm gruplardaki kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Ayrıca, kumara kimin aracılığıyla başladığını, arkadaş olarak belirten kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{arkadaş}=5,0$ ), aile üyeleri olarak belirten kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{aile}=4,0$ ), partner olarak belirten kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{partner}=3,0$ ) ve hiç kimse olarak belirten kişilerin KURT puan ortalaması ( $Me_{kimse}=5,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir,  $\chi^2= 4,411$ ;  $p>0,05$  (Bkz. Tablo 32.)

**Tablo 33.** GRCS-T\_KODD Puanının Çeşitli Değişkenlere göre Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması

Değişkenler	Kişi Sayısı	Sıra Ortalaması	Medyan	df	$\chi^2$	p	
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	11	187,41	5,0	4	20,972	<b>0,001</b>
	Lise	171	302,52	6,0			
	Ön Lisans	70	307,52	7,0			
	Lisans	253	269,34	5,0			
	YL ve DR	50	216,46	5,0			
Aile İlişkisi	İyi	358	261,96	5,0	2	14,229	<b>0,001</b>
	Orta	180	303,88	6,0			
	Kötü	18	353,64	10,5			
Sosyal Destek	Evet	427	267,22	5,0	2	21,925	<b>0,001</b>
	Hayır	28	399,77	14,0			
	Kısmen	101	292,55	5,0			
Kumar Oynama Başlangıç Yaşı	Çocukluk	14	302,64	6,5	3	18,034	<b>0,001</b>
	Ergenlik	157	314,82	7,0			
	Genç Yetişkinlik	280	272,16	5,0			
	Yetişkinlik	105	237,89	5,0			
Kumar Katılım Sıklığı	Her Gün/Haftada Birkaç	140	408,08	14,0	2	170,086	<b>0,001</b>
	Ayda Birkaç Kez	87	310,47	7,0			
	Yılda Birkaç/Geçmişte	329	214,91	5,0			
Kazanç Kayıp Yaşama Durumu	Kazanç Yaşadım	109	340,38	8,0	3	59,946	<b>0,001</b>
	Kayıp Yaşadım	36	338,99	10,0			
	Her İkisi	141	309,04	7,0			
	Hiçbiri	270	229,50	5,0			

p: Anlamlılık değeri df: Serbestlik derecesi

Araştırma örnekleminin GRCS-T\_KODD puan ortalamalarının çeşitli değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi için yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçlarına göre: Mezun olunan son eğitim düzeyi, ilköğretim olan kişilerin GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{ilk\ogretim}=5,0$ ), lise olan kişilerin GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{lise}=6,0$ ), ön lisans olan kişilerin GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{onlisans}=7,0$ ), lisans olan kişilerin GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{lisans}=5,0$ ) ve yüksek lisans veya doktora olan kişilerin GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{ylvedr}=5,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 20,972$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın eğitim düzeyi lise-yüksek lisans ve doktora ve ön lisans-yüksek lisans ve doktora olarak belirten kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Aile ilişkisi, iyi olan kişilerin GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{iyi}=5,0$ ), orta olan kişilerin GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{orta}=6,0$ ) ve kötü olan kişilerin GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{koti}=10,5$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 14,229$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi

ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın aile ilişkileri iyi olan kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Sosyal destek, alabilen kişilerin GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{\text{evet}}=5,0$ ), alamayan kişilerin GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{\text{hayır}}=14,0$ ) ve kısmen olarak belirten kişilerin GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{\text{kısmen}}=5,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 21,925$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın sosyal destek alamayan kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Kumar oynamaya başlama yaşı, çocukluk dönemi olan kişilerin GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{\text{çocukluk}}=6,5$ ), ergenlik dönemi olan kişilerin GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{\text{ergenlik}}=7,0$ ), genç yetişkinlik dönemi olan kişilerin GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{\text{gençyetişkinlik}}=5,0$ ) ve yetişkinlik dönemi olan kişilerin GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{\text{yetişkinlik}}=5,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 18,034$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın ergenlik döneminde kumar oynamaya başlayan kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Kumar katılım sıklığı, her gün/haftada birkaç kez olanların GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{\text{hergünhaftada}}=14,0$ ), ayda birkaç kez olanların GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{\text{ayda}}=7,0$ ) ve yılda birkaç kez/geçmişte olanların GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{\text{yıldageçmişte}}=5,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 170,086$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın tüm gruptaki kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Kumar oynamaya başlanan ilk zamanlarda büyük maddi, kazanç yaşayan kişilerin GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{\text{kazanç}}=8,0$ ), kayıp yaşayan kişilerin GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{\text{kayıp}}=10,0$ ), hem kazanç hem kayıp yaşayan kişilerin GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{\text{ikisi}}=7,0$ ) ve hiçbirini yaşamayan kişilerin GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{\text{hiç}}=5,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 59,946$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın hiçbirini yaşayamayan kişilerden kaynaklandığı söylenebilir (Bkz. Tablo 33.).

**Tablo 34.** GRCS-T\_KOEİ Puanının Çeşitli Değişkenlere göre Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması

Değişkenler		Kişi Sayısı	Sıra Ortalaması	Medyan	df	$\chi^2$	p
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	11	198,77	3,0	4	41,848	<b>0,001</b>
	Lise	171	325,98	7,0			
	Ön Lisans	70	320,25	6,0			
	Lisans	253	248,43	3,0			
	YL ve DR	50	221,78	3,0			
Aile İlişkisi	İyi	358	262,36	3,5	2	11,417	<b>0,003</b>
	Orta	180	306,44	6,0			
	Kötü	18	320,06	6,0			
Sosyal Destek	Evet	427	267,89	4,0	2	8,941	<b>0,011</b>
	Hayır	28	311,68	7,5			
	Kısmen	101	314,17	6,0			
Kumar Oynama Başlangıç Yaşı	Çocukluk	14	242,50	3,0	3	34,868	<b>0,001</b>
	Ergenlik	157	315,57	6,0			
	Genç Yetişkinlik	280	286,80	4,0			
	Yetişkinlik	105	205,74	3,0			
Kumar Katılım Sıklığı	Her Gün/Haftada Birkaç	140	366,89	8,0	2	79,215	<b>0,001</b>
	Ayda Birkaç Kez	87	307,21	6,0			
	Yılda Birkaç/Geçmişte	329	233,29	3,0			
Kazanç Kayıp Yaşama Durumu	Kazanç Yaşadım	109	341,80	7,0	3	57,118	<b>0,001</b>
	Kayıp Yaşadım	36	300,96	5,0			
	Her İkisi	141	317,90	6,0			
	Hiçbiri	270	229,38	3,0			

p: Anlamlılık değeri df: Serbestlik derecesi

Araştırma örnekleminin GRCS-T\_KOEİ puan ortalamalarının çeşitli değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi için yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçlarına göre: Mezun olunan son eğitim düzeyi, ilköğretim olan kişilerin GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{ilköğretim}=3,0$ ), lise olan kişilerin GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{lise}=7,0$ ), ön lisans olan kişilerin GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{önlisans}=6,0$ ), lisans olan kişilerin GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{lisans}=3,0$ ) ve yüksek lisans veya doktora olan kişilerin GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{ylvedr}=3,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 41,848$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın lise mezunu ve ön lisans mezunu olan kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Aile ilişkisi, iyi olan GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{iyi}=3,5$ ), orta olan kişilerin GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{orta}=6,0$ ) ve kötü olan kişilerin GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{kötü}=6,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 11,417$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri

sonucu anlamlı farklılığın aile ilişkilerini iyi olan kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Sosyal destek, alabilen kişilerin GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{\text{evet}}=4,0$ ), alamayan kişilerin GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{\text{hayır}}=7,5$ ) ve kısmen alabilen kişilerin GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{\text{kısmen}}=6,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2 = 8,941$ ;  $p<0,05$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın sosyal destek alabilen kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Kumar oynamaya başlama yaşı, çocukluk dönemi olan kişilerin GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{\text{çocukluk}}=3,0$ ), ergenlik dönemi olan kişilerin GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{\text{ergenlik}}=6,0$ ), genç yetişkinlik dönemi olan kişilerin GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{\text{gençyetişkinlik}}=4,0$ ) ve yetişkinlik dönemi olan kişilerin GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{\text{yetişkinlik}}=3,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 34,868$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın ergenlik-yetişkinlik ve genç yetişkinlik-yetişkinlik döneminde kumar oynayamaya başlayan kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Kumar katılım sıklığı, her gün veya haftada birkaç kez olan kişilerin GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{\text{hergünhaftada}}=8,0$ ), ayda birkaç kez olan kişilerin GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{\text{ayda}}=6,0$ ) ve yılda birkaç kez veya geçmişte olan kişilerin GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{\text{yıldageçmişte}}=3,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 79,215$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın tüm gruplardaki kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Kumar oynamaya başlanılan ilk zamanlarda büyük maddi, kazanç yaşayan kişilerin GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{\text{kazanç}}=7,0$ ), kayıp yaşayan kişilerin GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{\text{kayıp}}=5,0$ ), hem kazanç hem kayıp yaşayan kişilerin GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{\text{ikisi}}=6,0$ ) ve hiçbirini yaşamayan kişilerin GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{\text{hiç}}=3,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 57,118$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın hiçbirini yaşamayan kişilerden kaynaklandığı söylenebilir (Bkz. Tablo 34.).

**Tablo 35.** GRCS-T\_KOBE Puanının Çeşitli Değişkenlere göre Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması

Değişkenler		Kişi Sayısı	Sıra Ortalaması	Medyan	df	$\chi^2$	p
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	11	189,68	5,0	4	19,183	<b>0,001</b>
	Lise	171	307,37	9,0			
	Ön Lisans	70	306,70	9,5			
	Lisans	253	264,77	7,0			
	YL ve DR	50	223,72	5,0			
Aile İlişkisi	İyi	358	271,84	8,0	2	3,455	0,178
	Orta	180	285,91	8,0			
	Kötü	18	336,94	11,5			
Sosyal Destek	Evet	427	270,49	7,0	2	7,490	<b>0,024</b>
	Hayır	28	349,61	11,0			
	Kısmen	101	292,64	8,0			
Kumar Oynama Başlangıç Yaşı	Çocukluk	14	324,75	11,5	3	16,068	<b>0,001</b>
	Ergenlik	157	310,88	10,0			
	Genç Yetişkinlik	280	274,68	7,0			
	Yetişkinlik	105	234,09	6,0			
Kumar Katılım Sıklığı	Her Gün/Haftada Birkaç	140	399,06	13,0	2	165,470	<b>0,001</b>
	Ayda Birkaç Kez	87	353,08	11,0			
	Yılda Birkaç/Geçmişte	329	207,48	5,0			
Kazanç Kayıp Yaşama Durumu	Kazanç Yaşadım	109	345,48	11,0	3	50,186	<b>0,001</b>
	Kayıp Yaşadım	36	271,54	8,0			
	Her İkisi	141	316,61	10,0			
	Hiçbiri	270	232,49	6,0			

p: Anlamlılık değeri df: Serbestlik derecesi

Araştırma örnekleminin GRCS-T\_KOBE puan ortalamalarının çeşitli değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi için yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçlarına göre: Mezun olunan son eğitim düzeyi, ilköğretim olan kişilerin GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{ilköğretim}=5,0$ ), lise olan kişilerin GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{lise}=9,0$ ), ön lisans olan kişilerin GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{önlisans}=9,5$ ), lisans olan kişilerin GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{lisans}=7,0$ ) ve yüksek lisans veya doktora olan kişilerin GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{ylvedr}=5,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 19,183$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın lise mezunu ve ön lisans mezunu olan kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Sosyal destek, alabilen kişilerin GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{evet}=7,0$ ), alamayan kişilerin GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{hayır}=11,0$ ) ve kısmen alabilen kişilerin GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{kısmen}=8,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 7,490$ ;  $p<0,05$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni

Düzeltilmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın sosyal destek alamayan kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Kumar oynayama başlama yaşı, çocukluk dönemi olan kişilerin GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{\text{çocukluk}}=11,5$ ), ergenlik dönemi olan kişilerin GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{\text{ergenlik}}=10,0$ ), genç yetişkinlik dönemi olan kişilerin GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{\text{gençyetişkinlik}}=7,0$ ) ve yetişkinlik dönemi olan kişilerin GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{\text{yetişkinlik}}=6,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 16,068$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltilmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın ergenlik-yetişkinlik döneminde kumar oynamaya başlayan kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Kumar katılım sıklığı, her gün veya haftada birkaç kez olan kişilerin GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{\text{hergünhaftada}}=13,0$ ), ayda birkaç kez olan kişilerin GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{\text{ayda}}=11,0$ ) ve yılda birkaç kez veya geçmişte olan kişilerin GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{\text{yıldageçmişte}}=5,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 165,470$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltilmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın tüm gruplardaki kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Kumar oynamaya başlanılan ilk zamanlarda büyük maddi, kazanç yaşayanların GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{\text{kazanç}}=11,0$ ), kayıp yaşayanların GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{\text{kayıp}}=8,0$ ), hem kazanç hem kayıp yaşayanların GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{\text{ikisi}}=10,0$ ) ve hiçbir yaşamayanların GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{\text{hiç}}=6,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 50,186$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltilmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın kazanç yaşadım-hiçbiri ve her ikisi de-hiçbiri olarak belirten kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Ayrıca, aile ilişkileri iyi olan kişilerin GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{\text{iyi}}=8,0$ ), orta olan kişilerin GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{\text{orta}}=8,0$ ) ve kötü olan kişilerin GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{\text{kötü}}=11,5$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir,  $\chi^2= 3,455$ ;  $p>0,05$  (Bkz. Tablo 35.).

**Tablo 36.** GRCS-T\_YDÖY Puanının Çeşitli Değişkenlere göre Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması

Değişkenler	Kişi Sayısı	Sıra Ortalaması	Medyan	df	$\chi^2$	p	
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	11	148,00	4,0	4	35,694	<b>0,001</b>
	Lise	171	311,78	10,0			
	Ön Lisans	70	331,34	11,0			
	Lisans	253	258,83	6,0			
	YL ve DR	50	213,40	4,5			
Aile İlişkisi	İyi	358	256,81	7,0	2	21,163	<b>0,001</b>
	Orta	180	312,61	10,0			
	Kötü	18	368,83	14,0			
Sosyal Destek	Evet	427	267,03	7,0	2	11,242	<b>0,004</b>
	Hayır	28	348,55	12,5			
	Kısmen	101	307,55	10,0			
Kumar Oynama Başlangıç Yaşı	Çocukluk	14	320,86	10,5	3	26,042	<b>0,001</b>
	Ergenlik	157	315,17	11,0			
	Genç Yetişkinlik	280	279,24	7,0			
	Yetişkinlik	105	216,05	5,0			
Kumar Katılım Sıklığı	Her Gün/Haftada Birkaç	140	399,84	15,0	2	155,027	<b>0,001</b>
	Ayda Birkaç Kez	87	337,18	11,0			
	Yılda Birkaç/Geçmişte	329	211,35	4,0			
Kazanç Durumu	Kazanç Yaşadım	109	347,16	12,0	3	71,227	<b>0,001</b>
	Kayıp Yaşadım	36	329,26	11,5			
	Her İkisi	141	322,34	11,0			
	Hiçbiri	270	221,12	5,0			

p: Anlamlılık değeri df: Serbestlik derecesi

Araştırma örnekleminin GRCS-T\_YDÖY puan ortalamalarının çeşitli değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi için yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçlarına göre: Mezun olunan son eğitim düzeyi, ilköğretim olan kişilerin GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{ilköğretim}=4,0$ ), lise olan kişilerin GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{lise}=10,0$ ), ön lisans olan kişilerin GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{önlisans}=11,0$ ), lisans olan kişilerin GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{lisans}=6,0$ ) ve yüksek lisans veya doktora olan kişilerin GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{ylvedr}=4,5$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 35,694$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın lise mezunu ve ön lisans mezunu olan kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Aile ilişkileri, iyi olan kişilerin GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{iyi}=7,0$ ), orta olan kişilerin GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{orta}=10,0$ ) ve kötü olan kişilerin GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{kötü}=14,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 21,163$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu

karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın aile ilişkileri iyi olan kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Sosyal destek, alabilen kişilerin GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{\text{evet}}=7,0$ ), alamayan kişilerin GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{\text{hayır}}=12,5$ ) ve kısmen alabilen kişilerin GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{\text{kısmen}}=10,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2=11,242$ ;  $p<0,01$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın sosyal destek alma durumunu evet-hayır olarak belirten kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Kumar oynayama başlama yaşı, çocukluk dönemi olan kişilerin GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{\text{çocukluk}}=10,5$ ), ergenlik dönemi olan kişilerin GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{\text{ergenlik}}=11,0$ ), genç yetişkinlik dönemi olan kişilerin GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{\text{gençyetişkinlik}}=7,0$ ) ve yetişkinlik dönemi olan kişilerin GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{\text{yetişkinlik}}=5,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2=26,042$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın yetişkinlik döneminde kumar oynamaya başlayan kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Kumar katılım sıklığı, her gün veya haftada birkaç kez olan kişilerin GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{\text{hergünhaftada}}=15,0$ ), ayda birkaç kez olan kişilerin GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{\text{ayda}}=11,0$ ) ve yılda birkaç kez veya geçmişte olan kişilerin GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{\text{yıldageçmişte}}=4,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2=155,027$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın tüm gruptaki kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Kumar oynamaya başlanılan ilk zamanlarda büyük maddi, kazanç yaşayan kişilerin GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{\text{kazanç}}=12,0$ ), kayıp yaşayan kişilerin GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{\text{kayıp}}=11,5$ ), hem kazanç hem kayıp yaşayan kişilerin GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{\text{ikisi}}=11,0$ ) ve hiçbirini yaşamayan kişilerin GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{\text{hiç}}=5,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2=71,227$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın hiçbirini yaşayamayan kişilerden kaynaklandığı söylenebilir (Bkz. Tablo 36.).

**Tablo 37.** GRCS-T\_TK Puanının Çeşitli Değişkenlere göre Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması

Değişkenler	Kişi Sayısı	Sıra Ortalaması	Medyan	df	$\chi^2$	p	
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	11	177,14	5,0	4	41,171	<b>0,001</b>
	Lise	171	326,10	13,0			
	Ön Lisans	70	231,03	14,0			
	Lisans	253	250,82	8,0			
	YL ve DR	50	212,99	7,5			
Aile İlişkisi	İyi	358	260,83	9,0	2	14,267	<b>0,001</b>
	Orta	180	305,62	12,0			
	Kötü	18	358,75	17,5			
Sosyal Destek	Evet	427	269,79	9,0	2	6,963	<b>0,031</b>
	Hayır	28	339,14	16,0			
	Kısmen	101	298,50	11,0			
Kumar Oynama Başlangıç Yaşı	Çocukluk	14	301,07	15,5	3	24,914	<b>0,001</b>
	Ergenlik	157	315,09	10,0			
	Genç Yetişkinlik	280	280,30	10,0			
	Yetişkinlik	105	215,97	7,0			
Kumar Katılım Sıklığı	Her Gün/Haftada Birkaç	140	389,84	18,0	2	129,643	<b>0,001</b>
	Ayda Birkaç Kez	87	334,10	13,0			
	Yılda Birkaç/Geçmişte	329	216,42	7,0			
Kazanç Durumu	Kazanç Yaşadım	109	359,66	15,0	3	68,980	<b>0,001</b>
	Kayıp Yaşadım	36	277,69	11,5			
	Her İkisi	141	319,39	15,0			
	Hiçbiri	270	224,49	7,0			

p: Anlamlılık değeri df: Serbestlik derecesi

Araştırma örnekleminin GRCS-T\_TK puan ortalamalarının çeşitli değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi için yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçlarına göre: Mezun olunan son eğitim düzeyi, ilköğretim olan kişilerin GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{ilköğretim}=5,0$ ), lise olan kişilerin GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{lise}=13,0$ ), ön lisans olan kişilerin GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{önlisans}=14,0$ ), lisans olan kişilerin GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{lisans}=8,0$ ) ve yüksek lisans veya doktora olan kişilerin GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{ylvedr}=7,5$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 41,171$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın lise mezunu ve ön lisans mezunu olan kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Aile ilişkileri, iyi olan kişilerin GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{iyi}=9,0$ ), orta olan kişilerin GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{orta}=12,0$ ) ve kötü olan kişilerin GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{kötü}=17,5$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 14,267$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri

sonucu anlamlı farklılığın aile ilişkilerini iyi olan kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Sosyal destek, alabilen kişilerin GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{evet}=9,0$ ), alamayan kişilerin GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{hayır}=16,0$ ) ve kısmen alabilen kişilerin GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{kısmen}=11,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 6,963$ ;  $p<0,05$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın sosyal destek alma durumunu evet-hayır olarak belirten kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Kumar oynayama başlama yaşı, çocukluk dönemi olan kişilerin GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{çocukluk}=15,5$ ), ergenlik dönemi olan kişilerin GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{ergenlik}=10,0$ ), genç yetişkinlik dönemi olan kişilerin GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{gençyetişkinlik}=10,0$ ) ve yetişkinlik dönemi olan kişilerin GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{yetişkinlik}=7,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 24,914$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın yetişkinlik döneminde kumar oynamaya başlayan kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Kumar katılım sıklığı, her gün/haftada birkaç kez olanların GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{hergünhaftada}=18,0$ ), ayda birkaç kez olanların GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{ayda}=13,0$ ) ve yılda birkaç kez/geçmişte olanların GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{yıldageçmişte}=7,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 129,643$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın tüm gruptaki kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Kumar oynamaya başlanılan ilk zamanlarda büyük maddi kazanç yaşayanların GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{kazanç}=15,0$ ), kayıp yaşayanların GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{kayıp}=11,5$ ), hem kazanç hem kayıp yaşayanların GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{ikisi}=15,0$ ) ve hiçbirini yaşamayanların GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{hiç}=7,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 71,227$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın tüm gruptaki kişilerden kaynaklandığı söylenebilir (Bkz. Tablo 37.).

**Tablo 38.** Eğlenme/Heyecanlanma Puanının Çeşitli Değişkenlere göre Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması

Değişkenler		Kişi Sayısı	Sıra Ortalaması	Medyan	df	$\chi^2$	p
Sosyal Destek	Evet	427	265,86	36,0	2	14,249	<b>0,001</b>
	Hayır	28	365,57	48,5			
	Kısmen	101	307,82	42,0			
Boş Vakit Sıklık	Hiçbir Zaman	9	423,22	54,0	3	7,850	0,056
	Nadiren	88	281,61	36,0			
	Bazen	246	273,96	36,0			
	Sıklıkla	213	276,35	38,0			
Kumar Oynama Başlangıç Yaşı	Çocukluk	14	318,75	45,5	3	22,266	<b>0,001</b>
	Ergenlik	157	316,82	42,0			
	Genç Yetişkinlik	280	275,65	37,0			
	Yetişkinlik	105	223,42	29,0			
Kumar Katılım Sıklığı	Her Gün/Haftada Birkaç	140	377,61	46,0	2	111,272	<b>0,001</b>
	Ayda Birkaç Kez	87	341,94	42,0			
	Yılda Birkaç/Geçmişte	329	219,55	29,0			
En Sık Oynanan Çevrimiçi Kumar Türü	Beceri/Şans Oyunları	41	322,10	44,0	3	25,070	<b>0,001</b>
	Şans Oyunları	151	224,82	29,0			
	Slot Türleri	175	304,23	38,0			
	Bahis Türleri	189	288,10	38,0			
Kumar Katılım Sayısı	1 Oyun	74	155,69	19,0	2	99,282	<b>0,001</b>
	2-5 Oyun	299	257,16	34,0			
	5 ve üzeri Oyun	183	363,02	44,0			

p: Anlamlılık değeri df: Serbestlik derecesi

Araştırma örnekleminin Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalamalarının çeşitli değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi için yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçlarına göre: Sosyal destek, alabilenlerin Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalaması ( $Me_{evet}=36,0$ ), alamayanların Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalaması ( $Me_{hayır}=48,5$ ) ve kısmen alabilenlerin Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalaması ( $Me_{kısmen}=42,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 14,249$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın sosyal destek alma durumunu evet-hayır olarak belirten kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Kumar oynayama başlama yaşı, çocukluk dönemi olan kişilerin Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalaması ( $Me_{çocukluk}=45,5$ ), ergenlik dönemi olan kişilerin Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalaması ( $Me_{ergenlik}=42,0$ ), genç yetişkinlik dönemi olan kişilerin Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalaması ( $Me_{gençyetişkinlik}=37,0$ ) ve yetişkinlik dönemi olan kişilerin Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalaması ( $Me_{yetişkinlik}=29,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 22,266$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu

anlamli farklilikin tüm gruplardaki kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Kumar katılım sıklığı, her gün/haftada birkaç kez olan kişilerin Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalaması ( $Me_{\text{hergünhaftada}}=46,0$ ), ayda birkaç kez olan kişilerin Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalaması ( $Me_{\text{ayda}}=42,0$ ) ve yılda birkaç kez/geçmişte olan kişilerin Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalaması ( $Me_{\text{yıldageçmişte}}=29,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 111,272$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın kumar katılım sıklığını yılda birkaç/geçmişte olarak belirten kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. En sık tercih edilen çevrimiçi kumar oyunu, beceri ve şans oyunları olan kişilerin Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalaması ( $Me_{\text{becerişans}}=44,0$ ), şans oyunları olan kişilerin Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalaması ( $Me_{\text{şans}}=29,0$ ), slot türleri olan kişilerin Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalaması ( $Me_{\text{slot}}=38,0$ ) ve bahis türleri olan kişilerin Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalaması ( $Me_{\text{bahis}}=38,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 25,070$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın şans oyunlarını tercih ettiğini belirten kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Yaşam boyu kumar türlerine katılım sayısı, 1 oyun olan kişilerin Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalaması ( $Me_{\text{1oyun}}=19,0$ ), 2-5 oyun olan kişilerin Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalaması ( $Me_{\text{2-5oyun}}=34,0$ ) 5 ve üzeri oyun olan kişilerin Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalaması ( $Me_{\text{5veüzeri}}=44,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 99,282$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın tüm gruplardaki kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Ayrıca, Boş vakitlerini keyifli aktivitelerle geçirme sıklıkları, hiçbir zaman olan kişilerin Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalaması ( $Me_{\text{hiçbirt zaman}}=54,0$ ), nadiren olan kişilerin Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalaması ( $Me_{\text{nadiren}}=36,0$ ), bazen olan kişilerin Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalaması ( $Me_{\text{bazen}}=36,0$ ) ve sıklıkla olan kişilerin Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalaması ( $Me_{\text{sıklıkla}}=38,0$ ), arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir,  $\chi^2= 7,850$ ;  $p>0,05$  (Bkz. Tablo 38.)

**Tablo 39.** Kaçınma Puanının Çeşitli Değişkenlere göre Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması

Değişkenler		Kişi Sayısı	Sıra Ortalaması	Medyan	df	$\chi^2$	p
Sosyal Destek	Evet	427	256,11	8,0	2	46,026	<b>0,001</b>
	Hayır	28	425,43	21,0			
	Kısmen	101	332,42	12,0			
Boş Vakit Sıklık	Hiçbir Zaman	9	408,00	24,0	3	28,189	<b>0,001</b>
	Nadiren	88	334,69	14,0			
	Bazen	246	283,15	9,0			
	Sıklıkla	213	244,44	7,0			
Kumar Oynama Başlangıç Yaşı	Çocukluk	14	297,82	13,0	3	22,228	<b>0,001</b>
	Ergenlik	157	309,96	11,0			
	Genç Yetişkinlik	280	282,23	9,0			
	Yetişkinlik	105	218,93	7,0			
Kumar Katılım Sıklığı	Her Gün/Haftada Birkaç	140	369,33	16,0	2	71,664	<b>0,001</b>
	Ayda Birkaç Kez	87	289,29	10,0			
	Yılda Birkaç/Geçmişte	329	237,00	7,0			
En Sık Oynanan Çevrimiçi Kumar Türü	Beceri/Şans Oyunları	41	289,0	10,0	3	7,736	0,052
	Şans Oyunları	151	303,27	8,0			
	Slot Türleri	175	258,97	10,0			
Kumar Türü Katılım Sayısı	Bahis Türleri	189	268,89	9,0	2	36,468	<b>0,001</b>
	1 Oyun	74	206,03	7,0			
	2-5 Oyun	299	266,18	9,0			
	5 ve üzeri Oyun	183	327,93	12,0			

p: Anlamlılık değeri df: Serbestlik derecesi

Araştırma örnekleminin Kaçınma puan ortalamalarının çeşitli değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi için yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçlarına göre: Sosyal destek alma durumunu, evet olarak belirten kişilerin Kaçınma puan ortalaması ( $Me_{evet}=8,0$ ), hayır olarak belirten kişilerin Kaçınma puan ortalaması ( $Me_{hayır}=21,0$ ) ve kısmen olarak belirten kişilerin Kaçınma puan ortalaması ( $Me_{kısmen}=12,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2=46,026$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın tüm gruplardaki kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Boş vakitlerini sağlıklı ve keyifli aktivitelerle geçirme sıklıklarının, hiçbir zaman olarak belirten kişilerin Kaçınma puan ortalaması ( $Me_{hiçbirzaman}=24,0$ ), nadiren olarak belirten kişilerin Kaçınma puan ortalaması ( $Me_{nadiren}=14,0$ ), bazen olarak belirten kişilerin Kaçınma puan ortalaması ( $Me_{bazen}=9,0$ ) ve sıklıkla olarak belirten kişilerin Kaçınma puan ortalaması ( $Me_{sıklıkla}=7,0$ ), arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2=28,189$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu

karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın boş vakitlerini sağlıklı ve keyifli aktivitelerle geçirme sıklıklarını nadiren-bazen olarak belirten kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Kumar oynayama başlama yaşı, çocukluk dönemi olan kişilerin Kaçınma puan ortalaması ( $Me_{\text{çocukluk}}=13,0$ ), ergenlik dönemi olan kişilerin Kaçınma puan ortalaması ( $Me_{\text{ergenlik}}=11,0$ ), genç yetişkinlik dönemi olan kişilerin Kaçınma puan ortalaması ( $Me_{\text{gençyetişkinlik}}=9,0$ ) ve yetişkinlik dönemi olan kişilerin Kaçınma puan ortalaması ( $Me_{\text{yetişkinlik}}=7,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 22,228$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın ergenlik-genç yetişkinlik ve ergenlik-yetişkinlik döneminde kumar oynamaya başlayan kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Kumar katılım sıklığı, her gün veya haftada birkaç kez olan kişilerin Kaçınma puan ortalaması ( $Me_{\text{hergünhaftada}}=16,0$ ), ayda birkaç kez olan kişilerin Kaçınma puan ortalaması ( $Me_{\text{ayda}}=10,0$ ) ve yılda birkaç kez veya geçmişte olan kişilerin Kaçınma puan ortalaması ( $Me_{\text{yıldageçmişte}}=7,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 71,664$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın tüm gruplardaki kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Yaşam boyu kumar türlerine katılım sayısı, 1 oyun olan kişilerin Kaçınma puan ortalaması ( $Me_{\text{1oyun}}=7,0$ ), 2-5 oyun olan kişilerin Kaçınma puan ortalaması ( $Me_{\text{2-5oyun}}=9,0$ ) 5 ve üzeri oyun olan kişilerin Kaçınma puan ortalaması ( $Me_{\text{5veüzeri}}=12,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 36,468$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın tüm gruplardaki kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Ayrıca, en sık tercih edilen çevrimiçi kumar oyunu, beceri ve şans oyunları olan kişilerin Kaçınma puan ortalaması ( $Me_{\text{becerişans}}=10,0$ ), şans oyunları olan kişilerin Kaçınma puan ortalaması ( $Me_{\text{şans}}=8,0$ ), slot türleri olan kişilerin Kaçınma puan ortalaması ( $Me_{\text{slot}}=10,0$ ) ve bahis türleri olan kişilerin Kaçınma puan ortalaması ( $Me_{\text{bahis}}=9,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir,  $\chi^2= 7,736$ ;  $p>0,05$  (Bkz. Tablo 39.).

**Tablo 40.** Para Kazanma Puanının Çeşitli Değişkenlere göre Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması

Değişkenler		Kişi Sayısı	Sıra Ortalaması	Medyan	df	$\chi^2$	p
Aylık Gelir	Düşük	342	295,00	22,0	2	9,459	<b>0,009</b>
	Orta	147	250,31	18,0			
	Yüksek	67	256,13	17,0			
Sosyal Destek	Evet	427	267,64	20,0	2	11,300	<b>0,004</b>
	Hayır	28	359,82	27,5			
	Kısmen	101	301,88	24,0			
Boş Vakit Sıklık	Hiçbir Zaman	9	368,17	24,0	3	11,583	<b>0,009</b>
	Nadiren	88	320,04	24,0			
	Bazen	246	276,36	21,0			
	Sıklıkla	213	260,03	19,0			
Kumar Oynama Başlangıç Yaşı	Çocukluk	14	294,43	25,5	3	9,974	<b>0,019</b>
	Ergenlik	157	305,61	23,0			
	Genç Yetişkinlik	280	276,52	20,0			
	Yetişkinlik	105	242,52	18,0			
Kumar Katılım Sıklığı	Her Gün/Haftada Birkaç	140	372,38	26,0	2	87,685	<b>0,001</b>
	Ayda Birkaç Kez	87	321,19	23,0			
	Yılda Birkaç/Geçmişte	329	227,26	17,0			
En Sık Oynanan Çevrimiçi Kumar Türü	Beceri/Şans Oyunları	41	285,95	20,0	3	16,426	<b>0,001</b>
	Şans Oyunları	151	249,70	19,0			
	Slot Türleri	175	316,85	23,0			
Kumar Katılım Sayısı	Bahis Türleri	189	264,38	19,0	2	48,826	<b>0,001</b>
	1 Oyun	74	188,25	12,0			
	2-5 Oyun	299	265,67	19,0			
	5 ve üzeri Oyun	183	335,96	25,0			

p: Anlamlılık değeri df: Serbestlik derecesi

Araştırma örnekleminin Para Kazanma puan ortalamalarının çeşitli değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi için yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçlarına göre: Aylık gelirini, düşük olarak belirten kişilerin Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{\text{düşük}}=22,0$ ), orta olarak belirten kişilerin Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{\text{orta}}=18,0$ ) ve yüksek olarak belirten kişilerin Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{\text{yüksek}}=17,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 9,459$ ;  $p<0,01$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın aylık gelirini düşük-orta olarak belirten kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Sosyal destek alma durumunu, evet olarak belirten kişilerin Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{\text{evet}}=20,0$ ), hayır olarak belirten kişilerin Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{\text{hayır}}=27,5$ ) ve kısmen olarak belirten kişilerin Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{\text{kısmen}}=24,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 11,300$ ;  $p<0,01$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu

anlamli farklıliğın sosyal destek alma durumunu evet-hayır olarak belirten kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Boş vakitlerini sağlıklı ve keyifli aktivitelerle geçirme sıklıklarını, hiçbir zaman olarak belirten kişilerin Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{hiçbirzaman}=24,0$ ), nadiren olarak belirten kişilerin Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{nadiren}=24,0$ ), bazen olarak belirten kişilerin Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{bazen}=21,0$ ) ve sıklıkla olarak belirten kişilerin Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{sıklıkla}=19,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2=11,583$ ;  $p<0,01$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli oklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklıliğın boş vakitlerini sağlıklı ve keyifli aktivitelerle geçirme sıklıklarını nadiren-sıklıkla olarak belirten kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Kumar oynayama başlama yaşı, çocukluk dönemi olan kişilerin Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{ocukluk}=25,5$ ), ergenlik dönemi olan kişilerin Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{ergenlik}=23,0$ ), genç yetişkinlik dönemi olan kişilerin Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{gençyetişkinlik}=20,0$ ) ve yetişkinlik dönemi olan kişilerin Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{yetişkinlik}=18,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2=9,974$ ;  $p<0,05$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli oklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklıliğın ergenlik-yetişkinlik döneminde kumar oynayamaya başlayan kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Kumar katılım sıklığı, her gün veya haftada birkaç kez olan kişilerin Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{hergünhaftada}=26,0$ ), ayda birkaç kez olan kişilerin Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{ayda}=23,0$ ) ve yilda birkaç kez veya geçmişte olan kişilerin Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{yildagemişte}=17,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2=87,685$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli oklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklıliğın tüm gruplardaki kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. En sık tercih edilen evrimii kumar oyunu, beceri ve şans oyunları olan kişilerin Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{becerişans}=20,0$ ), şans oyunları olan kişilerin Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{şans}=19,0$ ), slot türleri olan kişilerin Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{slot}=23,0$ ) ve bahis türleri olan kişilerin Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{bahis}=19,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2=16,426$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli oklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklıliğın en sık tercih ettiği kumar türü slot

türleri-bahis türleri ve slot türleri-şans oyunları kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Yaşam boyu kumar türlerine katılım sayısı, 1 oyun olan kişilerin Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{1oyun}=12,0$ ), 2-5 oyun olan kişilerin Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{2-5oyun}=19,0$ ) 5 ve üzeri oyun olan kişilerin Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{5veüzeri}=25,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2=48,826$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın tüm gruplardaki kişilerden kaynaklandığı söylenebilir (Bkz. Tablo 40.).

**Tablo 41.** Sosyalleşme Puanının Çeşitli Değişkenlere göre Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması

Değişkenler		Kişi Sayısı	Sıra Ortalaması	Medyan	df	$\chi^2$	p
Sosyal Destek	Evet	427	271,18	8,0	2	7,727	<b>0,021</b>
	Hayır	28	352,23	10,0			
	Kısmen	101	289,0	8,0			
Boş Vakit Sıklık	Hiçbir Zaman	9	442,67	26,0	3	11,680	<b>0,009</b>
	Nadiren	88	294,00	8,5			
	Bazen	246	271,66	8,0			
	Sıklıkla	213	273,06	8,0			
Kumar Oynama Başlangıç Yaşı	Çocukluk	14	244,86	6,5	3	21,147	<b>0,001</b>
	Ergenlik	157	305,37	9,0			
	Genç Yetişkinlik	280	287,07	8,0			
	Yetişkinlik	105	219,95	6,0			
Kumar Katılım Sıklığı	Her Gün/Haftada Birkaç	140	343,06	10,5	2	48,436	<b>0,001</b>
	Ayda Birkaç Kez	87	316,13	10,0			
	Yılda Birkaç/Geçmişte	329	241,08	6,0			
En Sık Oynanan Çevrimiçi Kumar	Beceri/Şans Oyunları	41	306,46	10,0	3	9,573	<b>0,023</b>
	Şans Oyunları	151	302,25	7,0			
	Slot Türleri	175	254,94	9,0			
	Bahis Türleri	189	269,27	8,0			
Kumar Türü Katılım Sayısı	1 Oyun	74	201,41	6,0	2	52,176	<b>0,001</b>
	2-5 Oyun	299	259,47	7,0			
	5 ve üzeri Oyun	183	340,77	10,0			

p: Anlamlılık değeri df: Serbestlik derecesi

Araştırma örnekleminin Sosyalleşme puan ortalamalarının çeşitli değişkenlere göre farklılaşp farklılaşmadığının incelenmesi için yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçlarına göre: Sosyal destek alma durumunu, evet olarak belirten kişilerin Sosyalleşme puan ortalaması ( $Me_{evet}=8,0$ ), hayır olarak belirten kişilerin Sosyalleşme puan ortalaması ( $Me_{hayır}=10,0$ ) ve kısmen olarak belirten kişilerin Sosyalleşme puan ortalaması ( $Me_{kısmen}=8,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

gözlenmiştir,  $\chi^2= 7,727$ ;  $p<0,05$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın sosyal destek alma durumunu evet-hayır olarak belirten kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Boş vakitlerini keyifli aktivitelerle geçirme sıklıkları, hiçbir zaman olan kişilerin Sosyalleşme puan ortalaması ( $Me_{hiçbirzaman}=26,0$ ), nadiren olan kişilerin Sosyalleşme puan ortalaması ( $Me_{nadiren}=8,5$ ), bazen olan kişilerin Sosyalleşme puan ortalaması ( $Me_{bazen}=8,0$ ) ve sıklıkla olan kişilerin Sosyalleşme puan ortalaması ( $Me_{sıklıkla}=8,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 11,680$ ;  $p<0,01$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın boş vakitlerini keyifli aktivitelerle hiçbir zaman geçirmeyen kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Kumar oynayama başlama yaşı, çocukluk dönemi olan kişilerin Sosyalleşme puan ortalaması ( $Me_{çocukluk}=6,5$ ), ergenlik dönemi olan kişilerin Sosyalleşme puan ortalaması ( $Me_{ergenlik}=9,0$ ), genç yetişkinlik dönemi olan kişilerin Sosyalleşme puan ortalaması ( $Me_{gençyetişkinlik}=8,0$ ) ve yetişkinlik dönemi olan kişilerin Sosyalleşme puan ortalaması ( $Me_{yetişkinlik}=6,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 21,147$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın ergenlik-yetişkinlik ve genç yetişkinlik-yetişkinlik döneminde kumar oynayamaya başlayan kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Kumar katılım sıklığı, her gün veya haftada birkaç kez olan kişilerin Sosyalleşme puan ortalaması ( $Me_{hergünhaftada}=10,5$ ), ayda birkaç kez olan kişilerin Sosyalleşme puan ortalaması ( $Me_{ayda}=10,0$ ) ve yılda birkaç kez veya geçmişte olan kişilerin Sosyalleşme puan ortalaması ( $Me_{yıldageçmişte}=6,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 48,436$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın kumar katılım sıklığını yılda birkaç kez/geçmişte olarak belirten kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. En sık tercih edilen çevrimiçi kumar oyunu, beceri ve şans oyunları olan kişilerin Sosyalleşme puan ortalaması ( $Me_{becerişans}=10,0$ ), şans oyunları olan kişilerin Sosyalleşme puan ortalaması ( $Me_{şans}=7,0$ ), slot türleri olan kişilerin Sosyalleşme puan ortalaması ( $Me_{slot}=9,0$ ) ve bahis türleri olan kişilerin Sosyalleşme puan ortalaması ( $Me_{bahis}=8,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 9,573$ ;  $p<0,05$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma

testleri sonucu anlamlı farklılığın en sık tercih ettiği kumar türü slot türleri-şans oyunları kişilerden kaynaklandığı söylenebilir. Yaşam boyu kumar türlerine katılım sayısı, 1 oyun olan kişilerin Sosyalleşme puan ortalaması ( $Me_{1oyun}=6,0$ ), 2-5 oyun olan kişilerin Sosyalleşme puan ortalaması ( $Me_{2-5oyun}=7,0$ ) 5 ve üzeri oyun olan kişilerin Sosyalleşme puan ortalaması ( $Me_{5veüzeri}=10,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 52,176$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın tüm gruplardaki kişilerden kaynaklandığı söylenebilir (Bkz. Tablo 41.).

**Tablo 42.** Ölçek Puanlarının Kumarbaz Düzeyleri Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması

Puanlar	Kumarbaz Düzeyleri	n	Sıra Ortalaması	Medyan	df	$\chi^2$	p
İKBÖ	Sosyal Kumarbaz	199	152,78	26,0	2	258,556	<b>0,001</b>
	Sorunlu Kumarbaz	268	308,03	41,0			
	Patolojik Kumarbaz	89	470,69	66,0			
KURT	Sosyal Kumarbaz	199	140,20	1,0	2	303,491	<b>0,001</b>
	Sorunlu Kumarbaz	268	314,19	6,0			
	Patolojik Kumarbaz	89	480,26	15,0			
GRCST_KODD	Sosyal Kumarbaz	199	185,47	5,0	2	196,573	<b>0,001</b>
	Sorunlu Kumarbaz	268	290,89	6,0			
	Patolojik Kumarbaz	89	449,22	19,0			
GRCST_KOEİ	Sosyal Kumarbaz	199	187,19	3,0	2	143,201	<b>0,001</b>
	Sorunlu Kumarbaz	268	303,19	6,0			
	Patolojik Kumarbaz	89	408,32	10,0			
GRCST_KOBE	Sosyal Kumarbaz	199	176,03	5,0	2	156,852	<b>0,001</b>
	Sorunlu Kumarbaz	268	309,98	9,0			
	Patolojik Kumarbaz	89	412,81	14,0			
GRCST_YDÖY	Sosyal Kumarbaz	199	160,35	4,0	2	227,132	<b>0,001</b>
	Sorunlu Kumarbaz	268	309,50	10,0			
	Patolojik Kumarbaz	89	449,33	18,0			
GRCST_TK	Sosyal Kumarbaz	199	160,95	5,0	2	198,917	<b>0,001</b>
	Sorunlu Kumarbaz	268	317,81	13,0			
	Patolojik Kumarbaz	89	422,96	19,0			
Eğlenme/ Heyecanlanma	Sosyal Kumarbaz	199	168,99	22,0	2	166,482	<b>0,001</b>
	Sorunlu Kumarbaz	268	316,40	39,0			
	Patolojik Kumarbaz	89	409,22	49,0			
Kaçınma	Sosyal Kumarbaz	199	170,45	7,0	2	214,275	<b>0,001</b>
	Sorunlu Kumarbaz	268	300,64	10,0			
	Patolojik Kumarbaz	89	453,42	23,0			
Para Kazanma	Sosyal Kumarbaz	199	173,86	12,0	2	169,463	<b>0,001</b>
	Sorunlu Kumarbaz	268	306,84	23,0			
	Patolojik Kumarbaz	89	427,12	30,0			
Sosyalleşme	Sosyal Kumarbaz	199	200,79	6,0	2	95,619	<b>0,001</b>
	Sorunlu Kumarbaz	268	301,74	9,0			
	Patolojik Kumarbaz	89	382,26	12,0			

n: Kişi sayısı, p: Anlamlılık değeri df: Serbestlik derecesi

Araştırma örnekleminin puan ortalamalarının Kumarbaz Düzeylerine göre farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi için yapılan Kruskal-Wallis testi

sonuçlarına göre: Sosyal Kumarbazların İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{sosyal}=26,0$ ), Sorunlu Kumarbazların İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{sorunlu}=41,0$ ) ve Patolojik Kumarbazların İKBÖ puan ortalaması ( $Me_{patolojik}=66,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 258,556$ ;  $p<0,001$ . Sosyal Kumarbazların KURT puan ortalaması ( $Me_{sosyal}=1,0$ ), Sorunlu Kumarbazların KURT puan ortalaması ( $Me_{sorunlu}=6,0$ ) ve Patolojik Kumarbazların KURT puan ortalaması ( $Me_{patolojik}=15,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 303,491$ ;  $p<0,001$ . Sosyal Kumarbazların GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{sosyal}=5,0$ ), Sorunlu Kumarbazların GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{sorunlu}=6,0$ ) ve Patolojik Kumarbazların GRCS-T\_KODD puan ortalaması ( $Me_{patolojik}=19,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 196,573$ ;  $p<0,001$ . Sosyal Kumarbazların GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{sosyal}=3,0$ ), Sorunlu Kumarbazların GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{sorunlu}=6,0$ ) ve Patolojik Kumarbazların GRCS-T\_KOEİ puan ortalaması ( $Me_{patolojik}=10,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 143,201$ ;  $p<0,001$ . Sosyal Kumarbazların GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{sosyal}=5,0$ ), Sorunlu Kumarbazların GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{sorunlu}=9,0$ ) ve Patolojik Kumarbazların GRCS-T\_KOBE puan ortalaması ( $Me_{patolojik}=14,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 156,852$ ;  $p<0,001$ . Sosyal Kumarbazların GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{sosyal}=4,0$ ), Sorunlu Kumarbazların GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{sorunlu}=10,0$ ) ve Patolojik Kumarbazların GRCS-T\_YDÖY puan ortalaması ( $Me_{patolojik}=18,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 227,132$ ;  $p<0,001$ . Sosyal Kumarbazların GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{sosyal}=5,0$ ), Sorunlu Kumarbazların GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{sorunlu}=13,0$ ) ve Patolojik Kumarbazların GRCS-T\_TK puan ortalaması ( $Me_{patolojik}=19,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 198,917$ ;  $p<0,001$ . Sosyal Kumarbazların Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalaması ( $Me_{sosyal}=22,0$ ), Sorunlu Kumarbazların Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalaması ( $Me_{sorunlu}=39,0$ ) ve Patolojik Kumarbazların Eğlenme/Heyecanlanma puan ortalaması ( $Me_{patolojik}=49,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 166,482$ ;  $p<0,001$ . Sosyal Kumarbazların Kaçınma puan ortalaması ( $Me_{sosyal}=7,0$ ), Sorunlu Kumarbazların Kaçınma puan ortalaması ( $Me_{sorunlu}=10,0$ ) ve Patolojik

Kumarbazların Kaçınma puan ortalaması ( $Me_{patolojik}=23,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 214,275$ ;  $p<0,001$ . Sosyal Kumarbazların Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{sosyal}=12,0$ ), Sorunlu Kumarbazların Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{sorunlu}=23,0$ ) ve Patolojik Kumarbazların Para Kazanma puan ortalaması ( $Me_{patolojik}=30,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 169,463$ ;  $p<0,001$ . Sosyal Kumarbazların Sosyalleşme puan ortalaması ( $Me_{sosyal}=6,0$ ), Sorunlu Kumarbazların Sosyalleşme puan ortalaması ( $Me_{sorunlu}=9,0$ ) ve Patolojik Kumarbazların Sosyalleşme puan ortalaması ( $Me_{patolojik}=12,0$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $\chi^2= 95,619$ ;  $p<0,001$ . Mann Whitney U Testi ile yapılan Bonferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucuna göre örneklemin tüm puan ortalamalarında anlamlı farklılığın tüm gruplardan kaynaklandığı söylenebilir (Bkz. Tablo 42.).

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### 4. TARTIŞMA

Çevrimiçi kumar oynayan yetişkin bireylerle yapılan bu araştırmada, katılımcıların detaylı olarak sosyo-demografik, sağlıkla ilişkili ve kumarla ilişkili özellikleri tanımlanmıştır. Çevrimiçi kumar bağımlılığında hangi özelliklerin risk ve koruyucu rol oynadığını incelemek için bağımlılık düzeyleri KOBTT ölçeğinden alınan puanlara göre “sosyal, sorunlu ve patolojik” olarak sınıflandırılmıştır. Bahsedilen özellikler ve düzeyler arasındaki ilişkileri belirlemek adına karşılaştırmalı analizler yapılmıştır. Ayrıca, sosyo-demografik ve sağlıkla ilişkili değişkenlerin kumarla ilişki değişkenlerle ilişkileri de incelenmiştir. Daha sonra, kumarbaz düzeylerine göre ölçek ve alt boyut puanlarının farklılaşp farklılaşmadığı incelenmiştir. Kumarbaz düzeyleri ve değişkenler ile bir başka çevrimiçi kumar bağımlılık ölçütü olan İKBÖ ile geçerlik test edilmiştir. Benzer şekilde, önceki analizlerde ilişkili bulunan risk ve koruyucu özellik gösteren değişkenlerin ve düzeylerin KURT ile risk düzeyleri incelenmiştir. Son olarak, kişilerin kumar oynama nedenleri ve kumara ilişkin bilişleri ile değişkenler ve düzeyler arasındaki farklılıkları tanımlamak için KONÖ'nün ve GRCS-T'nin alt boyutlarıyla çalışılmıştır. Yapılan analizlerin sonuçları literatürle karşılaştırılarak muhtemel nedenleriyle açıklanmıştır. Kumarbaz düzeyleri ile ilişkili ve KURT ve İKBÖ puanlarında farklılıklar gözlenen değişkenler: patolojik ve sorunlu kumar oynama ihtimalini arttırdığında risk faktörü, azalttığında veya sosyal kumar oynama ihtimalini arttırdığında koruyucu faktör olarak tanımlanmıştır (Dowling vd., 2017; Kazdin vd., 1997).

Tüm ölçekler ve alt boyutları ile kumarbaz düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. İKBÖ ve KURT ile kumarbaz düzeyleri karşılaştırıldığında, her ikisi için de anlamlı farkın tüm gruplardan kaynaklandığı görülmüş olup kumarbaz düzeylerinin çevrimiçi bağımlılık düzeyleri ve kumar risk düzeylerinin tutarlı bir dağılıma sahip olduğu belirlenmiştir. Patolojik kumarbazlar en yüksek puanları alırken, sosyal kumarbazlar en düşük puanları almaktadır. Puanlarda

risk artışı, bağımlılık ve bileşenleri ile doğrusal bir artış gözlenmiştir. Kumar oynamayı durdurmama düşünceleri, kontrol etme illüzyonu, kumar oynama beklentileri, yoruma dayalı ön yargı ve tahmini kontrol olmak üzere kumara ilişkin çarpık bilişleri ölçen GRCS-T'nin alt boyutlarında kumara ilişkin hatalı bilişlerin tamamı en fazla patolojik, en az sosyal kumarbazlarda gözlenmiştir. Eğlenme/heyecanlanma, kaçınma, para kazanma ve sosyalleşme olmak üzere kumar oynama motivasyonlarını inceleyen KONÖ'nün alt boyutları için tüm puan ortalamalarında anlamlı bir fark gözlenmiştir. Patolojik kumarbazların kumar oynama nedenleri değişse de diğer kumarbaz gruplarına oranla davranışı gerçekleştirmek için daha motive oldukları görülmüştür. Bulgular, literatürle karşılaştırıldığında gözlenen bu farklılığın literatürde uyumlu olduğu saptanmıştır (Yeşilay, 2022; Zou vd., 2017; Sundqvist vd., 2016; Shaffer ve Martin, 2011; Blaszczynski ve Nower, 2002).

Kumarbaz düzeyleri ile sosyodemografik özellikler: cinsiyet, eğitim seviyesi, ilişki durumu, çocuk sahibi olma, algılanan aile ilişkileri, sosyal destek, hobilere katılım sıklığı, sağlıkla ilişkili özellikler: KOB tedavisi alma ve tedavi süresi, intihar girişimi, tütün ve uyuşturucu kullanım sıklığı ve kumarla ilişkili özellikler: favori kumar türü, toplam kumar katılım sayısı, kumar başlangıç yaşı, kumar başlangıcında büyük bir maddi kazanç veya kayıp elde etme, çevreden kumar oynayanlar ve çevrimiçi kumar katılım sıklığı ile anlamlı ilişkiler bulunmuş olup yaşanan yer, çalışma durumu, çalışma süresi, aylık gelir, psikiyatrik/nörolojik tanı alma, alkol kullanım sıklığı ve katılım koşulu ile anlamlı ilişki gözlenmemiştir. Bu değişken kategorilerinin düzeylerle olan ilişkileri doğrultusunda çevrimiçi kumar bağımlılığında risk ve koruyucu rol oynadığı durumlara literatürle karşılaştırmalı olarak aşağıda yer verilecektir.

Ardından, risk ve koruyucu özellikler taşıdığı görülen faktörlerin birbirleri arasındaki ilişkisi (sosyodemografik ve sağlıkla ilişkili faktörler ile kumar ile ilişkili özellikler) ve farkları (kategorik değişkenler ile ölçek ve alt boyut puanları) incelenecektir. Bu incelemeler ile değişkenlerin birbirleri arasındaki bağlantının kurulması, kümülatif ve ardışık etkilerin incelenerek bir arada görülen risk ve koruyucu bileşenleri belirlemek mümkün olacaktır. Böylelikle, karmaşık bir yapıya sahip olan çevrimiçi kumar bağımlılığının etiyolojik kökenlerine ilişkin derinlemesine

bir açıklama getirilmesinde ve etkilerin anlaşılmasında yol haritası olacaktır. Aynı zamanda, risk ve koruyucu özellik gösteren bu değişkenlerin kumarbaz düzeylerindeki etkilerine nedensel bir dayanak oluşturacaktır.

Çalışmada, erkeklerin sorunlu ve patolojik kumarbaz olma ihtimalinin kadınlardan daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Benzer şekilde, İKBÖ ve KURT'daki farklılıklar erkeklerin kadınlara oranla yükselen ortalama puanlarında gözlenmiştir. Bu bulgu neredeyse tüm kumar çalışmalarının sonucuyla uyumludur (López-Torres vd., 2021; Frisone vd., 2020; Hardoon vd., 2004). Çalışmaların ortak bulgusu, erkek cinsiyetin kumara yönelik risk faktörü olduğu yönünde olsa da patolojik kumarı doğrudan etkileyen bir moderatör olmadığı düşünülmektedir (López-Torres vd., 2021; Frisone vd., 2020; Shaffer ve Martin, 2011; Hardoon vd., 2004). Bu durum, erkeklerin kumar katılımının daha fazla olması nedeniyle literatürün büyük çoğunluğunun yalnızca erkeklerden veya sınırlı sayıda kadın katılımcıdan oluşması ile kısıtlı karşılaştırmalardan kaynaklanır (Welte vd., 2006). Ancak, kumarın internette sunulmasıyla kumar araştırmalarında kadın katılımında bir artış gözlenmiştir (Ashley ve Boehlke, 2012; Shaffer vd., 1999). Bu çalışmada, halen erkek cinsiyetinin kumar katılımı daha yüksek olsa da kadın katılımcı sayısı karşılaştırma yapmak için yeterli ve alan araştırmalarına göre nispeten yüksek sayıdadır. Bu artışın nedenleri arasında çevrimiçi kumarın doğasıyla karakterize erişilebilirlik ve anonimlik imkanı ile toplumsal normlara ilişkin sosyal kabul ve stigmatizasyonun ortadan kalkması gösterilebilir (López-Torres vd., 2021; Pallesen vd., 2021; Effertz vd., 2018; Wood ve Williams, 2011 Griffiths vd., 2009).

Çalışmada, cinsiyet ve kumara ilişkin hatalı bilişler incelendiğinde GRCS-T'nin 5 alt boyutu ile cinsiyet arasında anlamlı fark bulunmuş olup erkeklerin tüm alt boyutlarda puanları kadınlardan daha yüksektir. Erkeklerin kadınlara oranla kumar hakkında daha fazla hatalı bilişe sahip olduğu görülmektedir. Buna karşın, bazı kaynaklarda kadınların daha fazla kumara ilişkin bilişsel çarpıtmaya sahip olduğu ve özellikle kişiselleştirmeyi daha çok kullandıklarına yer verilmiştir (Delfabbro ve Winefeld, 2000). Bulgular ile literatür karşılaştırıldığında, kumara ilişkin bilişler ile patolojik kumarın bilinen ilişkisi ve araştırmada sorunlu ve patolojik kumarbazların çoğunlukla erkek cinsiyette görülmesiyle durum açıklanabilir. Kumar oynama

nedenleri ile cinsiyet arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara bakıldığında eğlenme/heyecanlanma, kaçınma, para kazanma ve sosyalleşme ile tüm alt boyutlarda erkeklerin kadınlardan daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Bu durum erkeklerin kadınlara göre daha çok sorunlu ve patolojik kumar oynama eğiliminde olmasıyla açıklanabilir. Ayrıca, yapılan bir çalışmada erkeklerin hangi kumarbaz düzeyinde olduğundan bağımsız olarak duygu odaklı başa çıktıkları gözlenirken, kadın kumarbazlar arasında böyle bir farklılığın gözlenmemesi kaçınma puanlarındaki farklılığı açıklar niteliktedir (Bergevin vd., 2006). Bununla birlikte, kadınların kaçış ve erkeklerin heyecan arama nedenleriyle daha çok kumar oynadığına ilişkin çalışmalar da bulunmaktadır (Delfabbro ve Winefeld, 2000). Bu durum motivasyonel kökenler ile alınan aksiyon arasındaki sosyo-kültürel ve bireysel farklılıklarla açıklanabilir. Bununla birlikte, çalışmada risk artışı ile ilişkilendirilen kumar ile ilişkili değişkenler ile cinsiyet arasında anlamlı ilişkiler bulunmuş ve erkeklerdeki seyri daha yüksek gözlenmiştir. Erkeklerin erken yaşta, özellikle ergenlikte kumara başlama ve başlangıçta büyük bir maddi kazanç ve kayıp yaşamış olma ihtimali kadınlardan daha yüksektir. Erkekler kadınlardan daha sık aralıklarla kumar oynamaktadır ve toplam kumar türü katılım sayısı kadınlardan daha fazladır. 5 oyun ve üzerinde katılım oranları erkeklerde ve yalnızca 1 oyuna katılım oranları kadınlarda daha yüksektir. Kadınların, bağımlılık riski daha düşük olan süreksiz şans oyunlarını ve erkeklerin sürekli ve hem beceri hem şans faktörüne dayanan bahis türlerini tercih ettiği ve daha sık oynadığı görülmektedir. Bulgular, literatürle uyumlu olmakla birlikte her iki cinsiyetin de ikinci tercihinin slot oyunları olması çevrimiçi kumar kapsamında riskin demografik özelliklere yansımalarının bir göstergesi olabileceği düşünülmektedir ve dikkate alınmalıdır (Wood ve Williams, 2011). Ayrıca, araştırmada her iki cinsiyete de kumara başlamalarında en fazla arkadaşlarının ve en az aile üyelerinin aracılık ettiği görülmektedir. Ancak, erkek katılımcıların hiçbirine partnerinin aracılık etmediği gözlenirken kadın katılımların partnerlerinin de aracılık ettiği görülmektedir. Dikkat çeken bu farklılık, partnerin karşı cinsten olduğu varsayıldığında, erkeklerde kadınlara oranla kumar meşguliyetinin daha yüksek olmasıyla açıklanabilir. Kumar katılım koşuluna bakıldığında, kadınların çoğu yalnızca çevrimiçi kumar oynarken, erkeklerin hem çevrimiçi hem de çevrimdışı kumar oynama ihtimali daha fazladır. Bu durum kadınların erişim, anonimlik, sosyal kabul gibi etkiler nedeniyle daha çok çevrimiçi

kumarı tercih etmesiyle ilişkilendirilebilir (Effertz vd., 2018; Wood ve Williams, 2011; Griffiths vd., 2011).

Çalışma sonuçlarına göre, lise ve ön lisans mezunlarının çoğu sorunlu kumarbazken yüksek lisans/doktora mezunlarının çoğu düşük riskli sosyal kumarbazdır. İKBÖ ve KURT puanlarında da aynı farklılıklar gözlenmiştir. Eğitim seviyesine ilişkin literatürde bir fikir birliği bulunmamakla birlikte, çoğunlukla düşük eğitim ve akademik başarı bir risk faktörü olarak ele alınmıştır (Dowling vd., 2017; Weinstock vd., 2014). Bununla birlikte ilişkili olmadığını rapor eden çalışmalar da mevcuttur (Tomei vd., 2022).

Evli ve partneri olan katılımcılara kıyasla bekar veya hiç evlenmemiş kişilerin patolojik kumarbaz olma ihtimali daha yüksektir. İKBÖ ve KURT ile yapılan karşılaştırmalarda ise anlamlı farklılık evli kişilerden kaynaklanmaktadır. Bu sonuçlar, bekar olmanın risk ve evli olmanın koruyucu bir faktör olduğuna işaret etmektedir. Medeni durum ve kumar bağımlılığını inceleyen çalışmaların çoğunluğu ile bulgular tutarlı (Griffiths vd., 2011) olmakla birlikte sebebinin örneklem büyüklüğü, sosyo-kültür farklılıkları gibi çeşitli faktörlere göre değişebildiği gözlenmiştir (Effertz vd., 2018). Ayrıca ilişkili bir faktör olmadığını öne süren çalışmalar da bulunmaktadır (Pallesen vd., 2021).

Çocuk sahibi olanların olmayanlara göre patolojik kumarbaz olma riski daha düşüktür. İKBÖ ve KURT ile yapılan karşılaştırmalarda da anlamlı fark gözlenmiş olup çocuk sahibi olanların puanı daha düşüktür. Pallesen ve diğerlerinin (2021) çalışmasında, üçten fazla çocuk sahibi olmanın riski azalttığı gözlenmiştir. Ancak, literatürde karşılaştırma yapmak için sınırlı sayıda araştırma bulunur. Bu nedenle, ebeveynlik sorumlulukları ile kumara vakit ayıramama, iyi örnek olma, ebeveynlik doyumu gibi çeşitli faktörlerin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Algılanan aile ilişkileri iyi olan kişilerin orta ve kötü olan kişilere göre sosyal kumarbaz olma ihtimali ve kötü olan kişilerin ise sorunlu ve patolojik kumarbaz olma ihtimali daha yüksektir. KURT ve İKBÖ puanlarında da fark aile ilişkileri iyi olanlardan kaynaklanmaktadır. Doğrusal farklılık göz önünde alındığında aile ilişkilerinin kötü olmasının riski arttıran ve iyi aile ilişkilerine sahip olmanın koruyucu

bir faktör olduğu düşünülmektedir. Benzer şekilde kumara ilişkin bilişlerin aile ilişkileri iyi olan kişilerde daha az ortaya çıktığı görülmüştür. Bu durum aile ilişkilerinin neden kötü algılandığı, sorunun kaynağı ve kişinin hayatında nasıl bir etki yarattığı soruları üzere çeşitli psikolojik faktörlerle açıklanabilir. Bununla birlikte, olumsuz ebeveyn ilişkileri ve bağlanmalar gibi durumlar (Marazziti vd., 2014) ve kötüleşen aile ilişkileriyle ortaya çıkan aile içi sorunların da KOB'da risk faktörü olması nedenin anlaşılmasında fikir vermektedir (Delfabbro vd., 2016; Hardoon vd., 2004).

Sosyal destek alabilenlerin patolojik kumarbaz olma ihtimali daha düşükken, alamayanların daha yüksektir. İKBÖ'de fark sosyal destek alanlardan kaynaklanırken KURT'da tüm gruplardan kaynaklanmaktadır. Dahası çalışmada, sosyal destek alamayanların daha çok kaçınma amacıyla kumar oynadığı ve GRCS-T'nin tüm alt boyutları için kumara ilişkin daha fazla çarpık bilişlere sahip oldukları görülmüştür. Böylelikle, sosyal destek almanın koruyucu olduğu, alamamanın da risk faktörü olduğu anlaşılmaktadır. Yapılan çalışmalar bu bulguyu destekler niteliktedir. Kişilerin başa çıkamadığı veya çözümleyemediği sorunlarda ve ihtiyaç anlarında bir başkasından yardım alabilmesi güçlü bir sosyal destek ağının göstergesidir ve bir başka sağlıksız davranışa yönelmenin önüne geçerek tampon görevi görebilir. Ayrıca, etkileri hem durumsal hem de sürekli olarak kişinin yaşantısına olumlu sirayet edebilir (Hearn vd., 2021; Dowling vd., 2021).

Spor, sanat, bilim gibi çeşitli sağlıklı ve keyifli aktivitelere sıklıkla katılım gösteren kişilerin sorunlu ve patolojik kumarbaz olma ihtimali daha düşüktür. Bununla birlikte KURT'da farkın hiç katılmayan veya düşük sıklıkta katılanlardan kaynaklandığı ve daha riskli olduğu görülmüştür. Ayrıca, kaçınma ve sosyalleşme motivasyonu kumar oynayanların bu aktivitelere katılım sıklığının düşük olması kumarbazların sağlıksız başa çıkma çözümlerine sahip olduğunu gösterir. Bu aktivitelerin koruyucu etkisi, sosyal destekte olduğu gibi kişinin psikolojik ve fizyolojik sağlığı gibi birçok alan üzerinde olumlu etkilere sahip olmasıyla ve sıklığının arttığı durumlarda, kumar oynama gibi sağlıksız davranışlara vakit ayıramamakla ilişkilendirebilir (Sirola vd., 2021).

Çalışmada, KOB tedavisi alan kişilerin tamamı sorunlu ve patolojik kumarbaz olup İKBÖ ve KURT puanları almayanlardan oldukça yüksektir. Sosyal kumarbaz kategorisinde KOB tedavisi alan kimsenin olmaması, birkaç şekilde açıklanabilir: KOBTT sorularından herhangi birini evet, geçen yıl veya evet, geçen 3 ay olarak cevaplamış olmanın (belirli bir kısmını halen yaşıyor olmak veya belirli bir zaman dilimine ilişkin sorunun varlığı) sorunlu kumarbaz düzeyini işaret etmesi; bağımlılığın tedavi edilse de bir döngü içerisinde ve yaşam boyu süren bir rahatsızlık olması veya nüks etme; tedavi etkinliğinin bir fayda göstermemesi; katılımcıların tedavi başlangıcı ile anket katılımları arasında tedavi etkisi için yetersiz süre veya güncel tedavi süreci; psikopatolojinin ve sorunların şiddeti ile açıklanabilir. Ayrıca, araştırma örnekleminin tedavi aldığı kurum, süre ve şekli ile ilgili bilgiler yer alıyor olsa da kişilerin tedavi sürecine uyumu, çalışılan ekolün semptomları azaltıp azaltmadığına ilişkin bir bilgi bulunmamaktadır. Literatürde tedavi yöntemlerine ilişkin BDT'nin (Buran, 2021), farmakoterapinin, motivasyonel görüşmenin, grup ve psikososyal destek süreçlerinin etkinliğine ilişkin çeşitli çalışmalar yer alır. Bununla birlikte, bireye özgü planlanan çok yönlü ve kapsamlı bir tedavinin daha etkili olduğu bilinmektedir (Merkouris vd., 2022; Griffiths ve Calado, 2022; Grant ve Chamberlain, 2020). Dahası, kumar bağımlılarının tedaviye genellikle erken erişimi olmaması ve yaşamın tüm alanlarında zarara maruz kalmadan tedaviye başvurmamaları sonucunda ek diğer sorunların çözümsüz kalması gibi durumlarla da ilişkili olabileceği ve bir iyileşme gerçekleştirmediği varsayılabilir (Zhang vd., 2018; Effertz vd., 2018). Bununla birlikte araştırma bulgularında, KOB tedavi sürelerinde 3 ay altında tedavi görenlerin çoğu patolojik kumarbazken, 6 ay üzerinde tedavi alanlar her iki grupta da neredeyse eşit dağılımlıdır. Bununla birlikte hem İKBÖ hem de KURT puanları her iki grup için de oldukça yüksektir. Ancak, tedavi süreleri arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Bu nedenle tedavi süresinin etkinliğine ilişkin bir yorum yapılamamaktadır.

İntihar girişimi bulunmayan kişilerle karşılaştırıldığında intihar girişimi olanların sorunlu ve patolojik kumarbaz olma ihtimali daha yüksektir. Ayrıca, girişimin kumarla ilişkili olması bu riski arttırmaktadır. Literatürde, sorunlu ve patolojik kumar davranışı öz kırım düşüncesi ve teşebbüsünde risk faktörü olarak değerlendirilir (Petry vd., 2005) Ciddi vakalarda tamamlanmış intiharlar görülebilir.

Özellikle, kumarla ilişkili gelişen sorunların, yaşamın çeşitli alanlarında kişiye zarar verici olduğunda ve büyük kayıplar yaşandığında gerçekleşme ihtimalinin yükselir. Sıklıkla patolojik kumara bir başka psikopatolojinin de eşlik ettiği görülür (Weinstock vd., 2014; Williams vd., 2012; Langhinrichsen-Rohling vd., 2004).

Uyuşturucu madde tüketim sıklığı ve tütün kullanımı sıklığı düzeylerle ilişkili bulunmuş olup daha sık tütün tüketenler (her gün/haftada) düşük sıklıkta tüketenlerden (yılda birkaç) veya hiçbir zaman tüketmeyenlerden daha riskli bulunmuştur. Bu durum, literatürle tutarlı olup madde tüketimi veya bağımlılıkları ile davranışsal bağımlılıklar arasında yüksek yaygınlık oranları, benzer bir nörobiyolojik mekanizma paylaşımları ve sıklık bir bağımlılık semptomu olarak ele alındığında bağımlılığın geçişli olması ile açıklanabilir (Dowling vd., 2017; Balogh vd., 2013; Slutske vd., 2010).

Çevrimiçi kumar oyunları arasında en sık slot ve bahis türlerini tercih edenlerin sorunlu ve patolojik kumarbaz olma ihtimali daha yüksektir. Yalnızca şans oyunlarını (Piyango, Rulet, Kazı Kazan vb.) tercih edenlerin ise sosyal kumarbaz olmaları daha muhtemeldir. Benzer şekilde, İKBÖ’de farklılığın yalnızca şans oyunlarını tercih eden kişilerden kaynaklandığı gözlenmiştir. Slot türleri yalnızca şans faktörüne, bahis türleri hem beceri hem şans faktörüne dayanan oyunlar arasında yer alsada tercih oranlarının çok yüksek olması nedeniyle bu kategoriler altında birleştirilmemiştir. Bu iki türün popülerliği ve çevrimiçi kumar bağımlılığıyla ilişkisine literatürde oldukça sık rastlanmaktadır. Bu türler, yapısal risklerle açıklanarak özellikle ‘sürekli’ oyun kategorisinde yer alan slot türlerinin pekiştirici özelliği üzerine bir fikir birliği bulunmaktadır. Bununla birlikte, bahis türleri de çevrimiçi erişim sayesinde süreklilik halinde oynanabilmesi, oyun içi özelliklerin gelişmesi ve sanal, canlı ve hızlı bahis imkanları nedeniyle daha pekiştirici hale gelmiştir. Ayrıca, bahis türleri şansın yanı sıra kişinin becerisini de içerdiği için performans ve emek verme ile ilişkili olarak güdüleyici özelliği bulunur. Piyango türleri gibi diğer şans oyunlarına bakıldığında ise şans faktörüne dayalı olmasının yanı sıra süreksiz oyunlar olması nedeniyle katılım çevrimiçi olarak sık aralıklarla gerçekleşebilse de belirli bir süre beklemeyi gerektiren oyunlar olması nedeniyle ödüllendirici etkisi daha azdır. Bu nedenle daha risksiz bulunmuştur (Zhang vd., 2018; Wood ve Williams, 2011; Griffiths vd., 2009).

(Gooding ve Williams, 2023; López-Torres vd., 2021; Browne vd., 2020). Ayrıca, yapılan karşılaştırmalar sonucunda eğlenme/heyecanlanma alt boyutunda farkın şans oyunlarını tercih eden kişilerden kaynaklanması, hem bu ödüllendirici etkiyi hem de diğer türlerin patolojik kumarlar ilişkisini açıklamaktadır.

Kumar türlerine toplam katılımı yalnızca 1 oyundan ibaret olan kişiler çoğunlukla sosyal kumarbazken, 5 oyun ve üzerinde oynayanların ise patolojik kumarbaz olma riski daha yüksektir. İKBÖ ve KURT karşılaştırmalarında da katılım sayısı ile risk artışının paralel olduğu gözlenmiştir. Ayrıca, daha fazla türe katılan kişilerin eğlenme/heyecanlanma, kaçınma, para kazanma ve sosyalleşme için kumar oynama motivasyonlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Yapılan çalışmalar bu bulguyla tutarlı olup kumar sorunu yaşayanların yaşamayanlara oranla daha fazla türe katılım sağladığı bilinmektedir (Gooding ve Williams, 2023).

Kumar oynamaya çocukluk ve ergenlik döneminde başlamak sorunlu ve patolojik kumar oynamayla ilişkiliyken, yetişkinlikte başlayanların daha çok sosyal kumar oynadıkları saptanmıştır. İKBÖ’de farkın en düşük puanla yetişkinlikten kaynaklanarak koruyucu rol aldığı ve KURT’deki en yüksek puanlar ile ergenlik ve çocuklukta başlamanın daha riskli olduğu görülmüştür. Dahası, kumar oynama nedenlerine bakıldığında, çocukluk ve ergenlikte başlayan kişilerin diğer yaş gruplarına oranla daha çok eğlenme heyecanlanma amacıyla oynadığı görülmüştür. Bu durum erken dönemde başlanması nedeniyle toleransın açığa çıkması ve sürekli bir uyarım ile ödül alma ve takiben heyecan arayışıyla ilişkilendirilebilir (Derevensky vd., 2003; Blum vd., 1996). Bununla beraber, kumara ilişkin bilişler ile başlama yaşı arasındaki anlamlı farklılıklar incelendiğinde kumar oynamayı durdurumama düşüncelerinde en yüksek puanı ergenlik döneminde başlayanlar almıştır. Bu durum geçirilen zaman ve bağımlılık gelişimiyle ilişkilendirilebilir. Dahası, GRCS-T’nin diğer 4 alt boyutunda farkın yetişkinlikte başlayanlardan kaynaklanması, gelişimini tamamlayan beyin ve özellikle frontal işlevlerde bozulmalar olmaması ve düşük dürtüsellik ile ilişkilendirilir. Ayrıca, yetişkinlerin daha çok sosyal kumar oynamasına açıklık getirir. Yapılan çalışmalarda, başlama yaşının küçülmesi kumar seyri üzerinde etkili ve KOB’u yordayıcı bir faktör olarak kabul edilir (Mishra vd., 2019; Derevensky vd., 2014; Ashley ve Boehlke, 2012; Shaffer ve Martin, 2011). Böylelikle, literatür ve

bulgulara istinaden, kumara başlama yaşı küçüldükçe KOB'da riskin artacağına ilişkin yorum yapılabilir.

Kumar oynamaya başlanan ilk zamanlarda kazanç, kayıp veya her ikisini yaşama yetişkinlikte sorunlu kumar oynama ile ilişkilendirilirken, yalnızca kazanç yaşamış olma patolojik kumarda daha riskli bulunmuştur. Bununla birlikte, sosyal kumarbazlar çoğunlukla hiçbirini yaşamamıştır. KURT ve İKBÖ'de fark hiçbirini yaşamayanlardan kaynaklanıp düşük riskli bulunmuştur. GRCS-T\_KODD, GRCS-T\_YDÖY, GRCS-T\_KOEİ, GRCS-T\_TK için benzer şekilde fark hiçbirini yaşamayanlardan kaynaklanır. Erken dönemde beyin gelişiminin henüz tamamlanmamış oluşu, kazanç ve kayıp yaşama durumunda özellikle frontal korteksle ilişkili olan bilişlerin kumarla ilişkili çarpık gelişme ihtimali daha yüksektir (Sharpe, 2002). Kişiler kontrol yanılması ile kayıpların telafi edilebileceği inancı ile kayıpların ardından koşma eğiliminde olabilirler ve bu durum davranışın tekrarı ile güçlü bir ilişki içindedir (Porter ve Ghezzi, 2006). Bununla birlikte, ödül eksikliği hipotezine göre kaybın ve özellikle kazancın bir pekiştirici görevi görerek kumarın devamlılığına katkı sunması ile açığa çıkan ödül arayışı artan riski açıklayabilir. Ancak, bu durum tek bir faktörle değil biyopsikososyal süreçler ve birçok faktörün etkileşimi ile anlaşılabilir (Blum vd., 1996).

Sosyal kumarbazlara oranla sorunlu ve patolojik kumarbazların çevresinde başka kumar oynayan kişilerin bulunması daha muhtemeldir. Bununla birlikte, özellikle kumarbazın arkadaşların kumar katılımının olması bu riski arttırmaktadır. İKBÖ ve KURT puanları bu risk artışını kanıtlar. Buna karşın, çevrede kimsenin kumar katılımının olmaması koruyucu özellik taşımaktadır. Ek olarak, çevresinde kumar oynanan kişiler daha çok eğlenme/heyecanlanma ve para kazanma amacıyla oynarken, olmayanların kaçınma ve sosyalleşme amacıyla oynadığı görülmektedir. Bulgular literatürle uyumlu olup maruz kalma, erişimin yaygınlığı ve sosyal çevrede kabul görmesi, akran modellemesi, akran baskısı, sosyal onay ihtiyacı ile benzer alışkanlıklar geliştirme ve kumar hakkında çevrenin pozitif düşüncelere sahip olması ile ilişkilendirilir (Sarti ve Triventi, 2017; Langhinrichsen-Rohling vd., 2004; Winters vd., 2002).

Çevrimiçi kumar katılım sıklığı arttıkça patolojik kumar oynama ihtimali de artmaktadır, oynama sıklığı azaldığında ise sosyal kumar oynama ihtimali artar. Ayrıca, KURT ve İKBÖ puanlarında katılım sıklığının artıkça bağımlılık riskinin de artacağı bulgusu tutarlıdır. Benzer şekilde GRCS-T'nin alt boyutlarının tamamı için, kumara ilişkin çarpık bilişler katılım sıklığındaki artışla paralel olarak meydana gelir. Bununla birlikte, düşük katılım sıklığına sahip kişilerin eğlenme/heyecanlanma ve sosyalleşme motivasyonlarıyla oynama oranları daha düşüktür. Sıklığın artışı kumarla ilişkili diğer faktörlerle bir aradalık göstermekte olup patolojik kumarda semptom olarak da ele alınmaktadır. Kumar katılımı başlı başına riskler arasında yer almakla birlikte, sıklıktaki artış ile risk paraleldir (Neophytou vd., 2021; Shaffer ve Martin, 2011). Katılım sıklığı ile ilişkili değişkenleri incelemek, risk ve koruyucu özelliklerin bir arada bulunmasıyla ilgili bilgi verici olacaktır. Lise ve lisans mezunu, bekar, 5 ve üzeri oyun katılımı, 18 yaşın altında kumar başlangıcı olan kişilerin kumara katılım oranları daha yüksek olup sorunlu ve patolojik oynamada daha riskli bulunmuştur. Buna karşın, yüksek lisans ve doktora mezunu, evli, kumar başlangıcında maddi kazanç veya kayıp yaşamayan, çevresinde kimse kumar oynamayan, yalnızca 1 oyuna katılan kişilerin katılım sıklığı düşüktür ve ilişkili bulunan bu özelliklerin koruyucu rol oynadığı gözlenmiştir. Bununla birlikte, aylık gelir düzeyi çalışma durumu ve çalışma koşulları ile kumar katılım sıklığı arasında anlamlı ilişkiler saptanmamıştır. Literatürde, gelire ilişkili koşullar: işsizlik, ev hanımı olma, kısa süreli çalışan olma gibi durumlar kumar katılım sıklığındaki artışla ilişkilendirilmiştir (Pallesen vd., 2021). Aylık gelire ilişkili olarak literatürde hem düşük hem de yüksek gelirli olanların daha çok oynadığına ilişkin farklı çalışmalar bulunur ve fikir birliğine varılmamıştır (Wood ve Williams, 2021). Bu durum çevrimiçi ve çevrimdışı kumar katılımının arasındaki farka işaret etmektedir. Geleneksel kumarın zaman, yol ve ek ödemeler gibi çeşitli masraflarının olmasına karşın çevrimiçi kumar sağlayıcılarının katılımı kolaylaştıran, düşük oranlara bahis yapma, haftalık açık hesap gibi çeşitli promosyonlar sağlama, gelir grubundan bağımsız herkesin katılımına uygun imkanlar sunmaktadır (Hing vd., 2015; McCormack ve Griffiths, 2012). Araştırma bulgularında, kumar katılım koşulları ile ilişkili bulunan aylık gelir ve çalışma durumuna bakıldığında bu durumu destekler nitelikte olduğu görülmektedir. Gelir düzeyi düşük olan kişilerin yarıdan fazlası yalnızca çevrimiçi oynarken, orta olan

katılımcıların dağılımı neredeyse eşittir. Bununla birlikte geliri yüksek olan katılımcıların çoğu her iki koşulda da oynamaktadır. Benzer şekilde öğrencilerin çoğu yalnızca çevrimiçi kumar oynamaktadır. Ayrıca, kumar oynama motivasyonlarına bakıldığında, gelir düzeyi düşük ve orta olan kişilerin arasında anlamlı bir farklılık gözlenmiş olup düşük gelirlerin para kazanma amacıyla kumar oynama ihtimali daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmada, literatürde geleneksel kumarla ilişkili bulunan çeşitli değişkenler ile kumarbaz düzeyleri arasında ilişki saptanmamıştır. Bu durum ise çevrimiçi kumar kavramının demografik yapı üzerindeki etkisine işaret etmektedir (Griffiths vd., 2009). Örneğin, ikamet edilen konum ile sorunlu ve patolojik kumar çevrimdışı koşul ile ilişkilidir. Özellikle kumara erişim için kumarhane, bayii gibi mekanlara yakın olan bölgeler veya metropolde yaşam gibi elverişli lokasyonlar kumar yaygınlığı ve kumar sorunları üzerinde etkili bulunmuştur. Mesafe uzaklaştıkça da tersi bir ilişki gözlenmiştir (Tomei vd., 2022; Welte vd., 2006). Araştırma katılımcılarının çevrimiçi kumarbazlar olması ve bu kolaylık ve erişimin istenilen her zaman mümkün olduğu internet üzerinden gerçekleştirilmesi nedeniyle hiçbir kumar etkinliğinin olmadığı veya erişimin oldukça zor olduğu bölgelerde de patolojik kumar riskinin oluşabileceğinin kanıtlarındandır.

Benzer şekilde, çalışma durumu, süresi ve şekli ile ilgili anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Literatürde çevrimdışı kumarbazların risk düzeyi yarı zamanlı çalışanlarda (Griffiths vd., 2009) ve işsizlerde Pallesen vd., 2021; Effertz vd., 2018) daha yüksek gözlenmiş olup bu durum boş zaman ile ilişkilendirilmiştir. Boş zamanın kumara erişimle ilgili olduğu varsayıldığında yine çevrimiçi kumarın yapısı nedeniyle bu durumun da ortadan kalkmış olma ihtimali göz önünde bulundurulmalıdır.

Kumarbaz düzeyleri ile yalnızca çevrimiçi ve hem çevrimdışı hem çevrimiçi kumar katılım koşulu arasında bir ilişkili gözlenmemiştir. Benzer şekilde, KURT ve İKBÖ puanları arasında da anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum her iki koşulda da çevrimiçi kumar oynayan kişilerin bulunmasıyla ve etiyolojik kökenlerin oldukça benzer olmasıyla açıklanabilir. Ayrıca çevrimiçi kumarın yanında çevrimdışı kumar oynamanın bağımlılıkta ek bir risk unsuru olmadığını gösterir (Pallesen vd., 2021;

Baggio vd., 2017; Griffiths vd., 2009). Öte yandan, her iki koşulda katılımın bulunması, kumar etkinliğine kişilerin ilgisinin bir göstergesi olarak açıklanabilir. Araştırmada, her iki koşulda oynayan kişilerin, yalnızca çevrimiçi oynayanlardan daha çok eğlenme/heyecanlanma motivasyonuna sahip olduğu görülmüştür. Literatürde, çevrimiçi kumarın yapısı nedeniyle daha bağımlılık yapıcı bulunmasının sebepleri arasında faaliyet çokluğu, hızlı ve sürekli katılım ve kolay erişim imkanı bulunur (Tomei vd., 2022). Böylelikle her iki koşula da katılımı olan kişileri bu ortak faktörlerin varlığında risk altında olduğunu söylemek mümkündür (Baggio vd., 2017).

Son olarak, tanı alma ile kumarbaz düzeyleri arasında bir ilişki saptanmamış olup İKBÖ ile anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Bununla birlikte, KURT'da tanı alan kişilerin daha riskli olduğu gözlenmiştir. Tek veya komorbid tanıya sahip olmanın puanları farklılaşsa da katılımcı sayısının karşılaştırmaya elverişli olmaması sebebiyle anlamlı bir sonuç elde edilemediği düşünülmektedir. Ancak, literatürde psikiyatrik veya nörolojik bir tanıya sahip olmak KOB'da yüksek komorbidite oranlarıyla görülmektedir. Aynı zamanda, kumarla ilişkili sorunlarla ilişkili psikolojik risk faktörleri arasında yer almaktadır (Dowling vd., 2017; Gentile vd., 2011; Langhinrichsen-Rohling vd., 2004). Çalışma örnekleminin tanıları 18 kategoride gruplandırılmış olup karşılaştırma yapmak için sayının yetersiz olması nedeniyle patolojik kumara ilişkin bir analiz yapılamamıştır.

Yukarıda bulgular ve literatür ışığında çevrimiçi kumar bağımlılığının gelişiminde etkili olan çeşitli değişkenler risk faktörü olarak açıklanmıştır. Bununla birlikte, bu faktörlerin tek başına moderatör görevi görmediğini vurgulamak oldukça önemlidir. Risk faktörü olarak tanımlanan özelliklerin kişide bir arada bulunması mevcut riski arttırmaktadır. Öte yandan, koruyucu faktörler, daha kapsamlı ele alınır. Araştırmada, sosyal kumar oynama ile ilişkili değişkenler koruyucu faktör olarak tanımlanmış olup, literatürde koruyucu faktörlerin etkisi birden fazla işleviyle bilinmektedir. Bu işlevler: patolojik kumar gelişimini engelleme, mevcut davranışının şiddeti ve sıklığını hafifletme, mevcut risk faktörleri ile davranış şiddeti arasında tampon görevi görme ve sağlıklı davranış kalıplarını sürdürmeye yardımcı koşullardır (Mishra vd.,2019; Lussier vd., 2014)

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Çevrimiçi kumar oynama davranışının çeşitli sosyo-demografik ve sağlıklı ilişkili özelliklerle olan bağlantısı kapsamlı bir şekilde ele alınmıştır. Ayrıca, çevrimiçi kumar oynama alışkanlıklarıyla ilişkili kumar bileşenleri, motivasyonlar ve bilişler de derinlemesine incelenmiştir. Tüm bu incelemelerin sonucunda, kumar oynamaya katkıda bulunan temel bileşenler, bu sürecin dinamikleri ve etkileşimleri üzerine değerlendirme yapılarak çevrimiçi kumar bağımlılığının gelişiminde etkili olan faktörler belirlenmiştir.

Çevrimiçi kumar bağımlılığının gelişimine katkı sunan risk faktörleri arasında erkek cinsiyet, lise ve ön lisans mezunu olma, bekarlık, kötü aile ilişkileri, yetersiz sosyal destek, keyifli boş zaman aktivitelerine hiç katılım göstermemek veya düşük katılım sıklığı, uyuşturucu madde tüketimi, yüksek sıklıkta tütün kullanımı, intihar girişimi, çocukluk ve ergenlik döneminde kumar oynamaya başlama, başlangıçta büyük bir maddi kazanç veya kayıp elde etme, kumar oynayan çevreye sahip olma, yüksek sıklıkta kumar oynama, slot ve bahis türlerine sık katılım, yaşam boyu beş ve üzeri kumar türüne katılma, geçmişte KOB tedavisi alma, eğlenme/heyecanlanma, kaçınma, para kazanma ve sosyalleşme amacıyla yüksek kumar oynama motivasyonu ve davranışı durduramama, şans faktörüne dayanan oyun üzerinde kontrol sahibi olma gibi kumara ilişkin çarpık ve hatalı bilişler yer alır.

Çevrimiçi kumar bağımlılığının gelişimini engelleyen, patolojik ve sorunlu davranışın şiddetini ve sıklığını hafifleten, mevcut risk faktörlerinin etkisini katalize eden veya sağlıklı davranışın sürmesine katkı sunan koruyucu faktörler arasında kadın olmak, evli veya partneri olmak, çocuk sahibi olmak, yüksek lisans ve doktora mezunu olmak, iyi aile ilişkileri, güçlü sosyal destek ağı, sağlıklı/keyifli aktivitelere yüksek katılım gösterme, madde kullanmamak, sosyal çevrede kumar oynayanların bulunmaması, düşük sıklıkta kumar etkinliğine katılım, yaşam boyu yalnızca 1 kumar türüne katılma, favori tercihin hem süreksiz hem de şans faktörüne dayanan oyunlar (piyango vb.) olması, kumar oynamaya yetişkinlikte (25 yaş üzeri) başlamak, kumar oynanan ilk zamanlarda büyük maddi bir kazanç veya kayıp elde etmemek yer alır.

Bu araştırma, Türkiye'de güncel bir araştırma alanı olan çevrimiçi kumar bağımlılığı üzerine yapılan sınırlı sayıda çalışmaları genişletmekte ve zenginleştirmektedir. Uluslararası büyük örneklerle yapılan boylamsal araştırmalar ve meta-analizlerde belirlenen ortak risk ve koruyucu faktörlerin Türkiye örneklemini üzerindeki geçerliliğini ve bu faktörlerin sosyokültürel unsurlarla etkileşimini detaylı bir şekilde incelemektedir. Ayrıca, çevrimiçi ve çevrimdışı kumar arasındaki yapısal farklılıkların risk faktörleri üzerindeki etkilerini de vurgulamaktadır. Türkiye'deki mevcut kumar çalışmalarında yer verilmediği gözlenen demografik bilgileri detaylıca sağlayarak, kumar bağımlılığının risk ve koruyucu etkilerini daha geniş bir perspektiften değerlendirilmesine olanak tanımaktadır. Bu sayede, çevrimiçi kumar bağımlılığında risk ve koruyucu faktörlerle ilişkilendirilen boyutlar arasındaki ilişkiler aydınlatılmakta ve bu faktörlerin Türkiye'deki özgün sosyo-demografik yapı üzerindeki etkilerini ortaya koymaktadır. Elde edilen bulguların, çevrimiçi kumar bağımlılığı ile mücadelede bilimsel temelli stratejiler geliştirilmesine ve klinik uygulamalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca çalışma, erken müdahalede etkin önlemlerin alınmasına ve sorumlu kumar uygulamalarının geliştirilmesine yönelik değerli bir kaynak olarak öne çıkmaktadır.

Kumarbazların kişiler arası farklılıklar gösteren kumar katılımlarında belirgin ortak özellikleri incelendiğinde, literatürde belirli faktörlerin yetersiz katılımcı nedeniyle karşılaştırmalı analizlere elverişli olmadığı gözlenmiştir. Çalışmada bu faktörlere bakıldığında, cinsiyet çeşitliliğinin sağlanması, geniş bir yaş aralığında yetişkin bireylerin katılımı, kırdan kente çeşitli coğrafi konumlarda ikamet eden kişilerin bulunması araştırma sonuçlarının daha geniş bir perspektiften değerlendirilmesine olanak tanımaktadır. Bununla birlikte, çevrimiçi kumarbazların sosyal, sorunlu ve patolojik olmak üzere üç düzeyde sınıflandırılarak karşılaştırmalar yapılması bağımlılığın gelişimine ilişkin önemli bulgular sunmaktadır.

Araştırmanın metodolojik sınırlılıkları ve gelecekteki araştırmalar için bu sınırlılıkların geliştirilmesine ilişkin öneriler aşağıda yer almaktadır.

Araştırmada belirlenen demografik risk ve koruyucu özelliklere ilişkin bir genelleme yapılabilmesi için ulusal, boylamsal veya büyük örneklemlemlerle yapılacak çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Gelecek çalışmalarda, yetişkinlerin yanı sıra çocuklar ve ergen yaş gruplarının da dahil edilmesi; aile ilişkileri, sosyal destek ağı, hobilere katılım ile psikolojik kaynakların ilişkisi ve kişinin yaşamındaki etkisi ile aracılık rolünün kapsamlı analizler ile incelenmesiyle daha net verilere ulaşılabilecektir.

Kumara ilişkin riskleri ve bağımlılık düzeyini incelerken birden fazla kumar katılım grubu (yalnızca çevrimiçi, hem çevrimiçi ve hem çevrimdışı, yalnızca çevrimdışı) ile kontrol grubunun (hiç oynamayanlar) karşılaştırılması araştırmada düzeylere göre risk ve koruyucu olarak belirlenen faktörlerin etkilerini genelleme açısından önemlidir.

Ölçek puanlarına göre belirlenen patolojik kumarbazlarla yapılacak benzer bir karşılaştırmanın, tedaviye başvuran klinik örneklemde çekilmesinin daha geçerli bir bilgi sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmada KOB tedavisi alanların, tedavi süresi, tedavi şekli bilgileri yer alıyor olsa da sınırlı sayıda kişiden veri toplanması sebebiyle tedavi etkinliğine ilişkin bilgi verici değildir ve genelleme yapılamamaktadır. Bununla birlikte, tedavi alan kişilerin halen sorunlu ve patolojik kumarbaz olması nüks, yetersiz tedavi ve ek sorunları kapsayan çeşitli ihtimallerle açıklanabilse de büyük bir klinik örneklemle tedavi etkinliği ve süresi üzerine yapılacak nitel bir çalışmanın bu belirsizliği giderebileceği düşünülmektedir. Ek olarak, çoğunlukla KOB tanısı alan kişilerin büyük zararlar meydana gelmeden tedaviye başvuruda bulunmadığı gözlenmiştir. Erken teşhis ve tedavinin önündeki, kişinin bilinçli olmamasından veya toplumsal kabullerden kaynaklanabilen potansiyel engellerin incelenmesi oldukça önemlidir.

Literatürde psikiyatrik/nörolojik bir veya birden fazla tanıya sahip olma, KOB'un risk faktörleri arasında yer alır. Ancak, çalışmada tanılar on sekiz farklı kategoriden oluşması nedeniyle dağılım karşılaştırma için yetersizdir. Risk ve koruyucu faktörler kapsamında tanı alan çevrimiçi kumarbazların kontrol gruplarıyla

karşılaştırmalı analizlerinin yapılması bu durumu aydınlatacaktır. Ayrıca, tanı alanların, tanı alma zamanı, psikopatolojinin şiddeti, süresi, akut veya kronik oluşu, tedavi görme durumu ve KOB'a komorbid geliştiği durumlarda öncül olup olmadığı gibi detayların incelenmesi ile bağlantı kurulabilir.

Literatürde yer alan bir diğer bilgi arasında, kumara ilişkin bilişler ile psikopatolojinin varlığı ve KOB tedavisi almanın ilişkili olduğu bulunmaktadır. Yapılan analizlerde ortalama puanlarda bir artışı gözlenirse de sonuçlar istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Bu durumun sayının yeterli olmadığından kaynaklandığı düşünülmektedir ve ileride yapılacak geniş çaplı araştırmalar tedavinin koruyucu rolünü anlamak için yol gösterici olacaktır.

Son olarak, risk faktörleri arasında yer alan tütün ve madde kullanımında yalnızca tüketim sıklıkları bilgisi alınmıştır. İlerideki çalışmalarda, tüketim sıklığının kumar davranışının hangi aşamasında: öncesi, esnası ve sonrası gerçekleştiğinin incelenmesi alkol ve madde bağımlılıkları ile davranışsal bağımlılıklar arasındaki ilişkiyi, bağımlılıkların geçişliliğe sahip doğasını ve komorbiditeyi anlamak için yol gösterici olacaktır.

## KAYNAKÇA

- Altan, N.** (2003). *Bilgisayar Terimleri Ansiklopedik Sözlüğü* (3. bs.). Ankara: Sistem
- Alessi, S. M., & Petry, N. M.** (2003). Pathological gambling severity is associated with impulsivity in a delay discounting procedure. *Behavioural processes*, 64(3), 345-354.
- Alexander, B.** (2010). *The globalization of addiction: A study in poverty of the spirit*. Oxford University Press.
- Alimoradi, Z., Lotfi, A., Lin, C. Y., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H.** (2022). Estimation of behavioral addiction prevalence during COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Current addiction reports*, 9(4), 486-517.
- American Psychiatric Association, A. P., & American Psychiatric Association.** (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (Vol. 4). Washington, DC: American psychiatric association.
- American Psychiatric Association, D. S. M. T. F., & American Psychiatric Association.** (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5, No. 5). Washington, DC: American psychiatric association.
- American Psychiatric Association.** (1987). *Diagnosis and statistical manual of mental disorders: revision*. DSM-III-R. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association.** *APA Dictionary of Psychology* erişim tarihi Aralık 10, 2023 <https://dictionary.apa.org/addiction>
- American Society of Addiction Medicine (ASAM).** (2019). *Definition of addiction*. <https://www.asam.org>
- Amerikan Psikiyatri Birliği,** Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), (s.289-290/312.21 [F63.0]) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Koroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014
- APA** (1952) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 1st edition (DSM-I). Washington, DC, American Psychiatric Association.

- APA** (1968) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd edition (DSM-II). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- APA** (1980) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition (DSM-III). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Arcan, K., & Karanci, A. N.** (2014). Kumar Oynama Nedenleri Ölçeğinin uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15(3).
- Arcan, K., & Karanci, A. N.** (2015). Adaptation study of the Turkish version of the Gambling-Related Cognitions Scale (GRCS-T). *Journal of gambling studies*, 31, 211-224.
- Ashley, L. L., & Boehlke, K. K.** (2012). Pathological gambling: A general overview. *Journal of psychoactive drugs*, 44(1), 27-37.
- Australia, M. V.** (2005). Problem Gambling and Harm: Towards a National Definition. Available at:(Accessed).
- AYDIN, D. H.** (2021). Hukuk-Ahlak İlişkisi Bağlamında Türk Hukukunda Kumar. *Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 29(2), 1477-1499.
- Ayla, K. A. Y. A.** (2021). Adölesanlarda dijital oyun bağımlılığının mutluluk ve yaşamın anlamına etkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 22(3), 297-304.
- Babayiğit, B.** (2018). KUMAR OYNAMA VE KUMAR OYNANMASI İÇİN YER VE İMKÂN SAĞLAMA FİİLLERİ. *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, (34), 283-315.
- Baggio, S., Dupuis, M., Berchtold, A., Spilka, S., Simon, O., & Studer, J.** (2017). Is gambling involvement a confounding variable for the relationship between Internet gambling and gambling problem severity?. *Computers in Human Behavior*, 71, 148-152.
- Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu. (BMYK)** (2019). *Davranışsal bağımlılıklar ile mücadele ulusal strateji belgesi ve eylem planı 2019-2023*. Erişim tarihi Şubat 2, 2024 <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/38488/0/davranissal-bagimlilikler-ile-mucadele-ulusal-strateji-belgesi-ve-eylem-planı-2018---2023pdf.pdf>
- Balconi, M., Finocchiaro, R., Canavesio, Y., & Messina, R.** (2014). Reward bias and lateralization in gambling behavior: behavioral activation system and alpha band analysis. *Psychiatry research*, 219(3), 570-576.

- Balogh, K. N., Mayes, L. C., & Potenza, M. N.** (2013). Risk-taking and decision-making in youth: Relationships to addiction vulnerability. *Journal of behavioral addictions*, 2(1), 1-9.
- Bektaş, M.** (2018). Davranışsal bağımlılık: Tanımı, türleri ve sınıflandırılması. *Bir kamu politikası olarak-bağımlılıkla mücadele içinde (147-159)*. Ankara: Nobel Akademi Yayıncılık.
- Bergevin, T., Gupta, R., Derevensky, J., & Kaufman, F.** (2006). Adolescent gambling: Understanding the role of stress and coping. *Journal of gambling studies*, 22, 195-208.
- Black, D. W., Coryell, W. H., Crowe, R. R., McCormick, B., Shaw, M. C., & Allen, J.** (2013). A direct, controlled, blind family study of DSM-IV pathological gambling. *The journal of clinical psychiatry*, 74(3), 4520.
- Blanco, C., Orensanz-Munoz, L., Blanco-Jerez, C., & Saiz-Ruiz, J.** (1996). Pathological gambling and platelet MAO activity: a psychobiological study. *The American journal of psychiatry*, 153(1), 119-121.
- Blaszczynski, A.** (1999). Pathological gambling and obsessive-compulsive spectrum disorders. *Psychological reports*, 84(1), 107-113.
- Blaszczynski, A., & Nower, L.** (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5), 487-499.
- Blinn-Pike, L., Worthy, S. L., & Jonkman, J. N.** (2010). Adolescent gambling: A review of an emerging field of research. *Journal of Adolescent Health*, 47(3), 223-236.
- Blum, K., Cull, J. G., Braverman, E. R., & Comings, D. E.** (1996). Reward deficiency syndrome. *American Scientist*, 84(2), 132-145.
- Boileau, I., Payer, D., Chugani, B., Lobo, D. S. S., Houle, S., Wilson, A. A., ... & Zack, M.** (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.
- Brenner, R., & Brenner, G. A.** (1990). *Gambling and speculation: A theory, a history, and a future of some human decisions*. Cambridge University Press.
- Brewer, J. A., & Potenza, M. N.** (2008). The neurobiology and genetics of impulse control disorders: relationships to drug addictions. *Biochemical pharmacology*, 75(1), 63-75.

- Brooks, G., Ferrari, M., & Clark, L.** (2020). Cognitive factors in gambling disorder, a behavioral addiction. In *Cognition and addiction* (pp. 209-219). Academic Press.
- Browne, M., Volberg, R., Rockloff, M., & Salonen, A. H.** (2020). The prevention paradox applies to some but not all gambling harms: Results from a Finnish population-representative survey. *Journal of Behavioral Addictions, 9*(2), 371-382.
- Bruce, A. C., & Johnson, J. E.** (1996). Decision-making under risk: Effect of complexity on performance. *Psychological Reports, 79*(1), 67-76.
- Buran, A.** (2021). Kumar oynama bozukluğunda bilişsel davranışçı terapinin etkinliği üzerine sistematik bir derleme. *Bağımlılık Dergisi, 22*(2), 180-186.
- Canale, N., Griffiths, M. D., Vieno, A., Siciliano, V., & Molinaro, S.** (2016). Impact of Internet gambling on problem gambling among adolescents in Italy: Findings from a large-scale nationally representative survey. *Computers in Human Behavior, 57*, 99-106.
- Carroll, K. M., & Onken, L. S.** (2005). Behavioral therapies for drug abuse. *American Journal of Psychiatry, 162*(8), 1452-1460.
- Cavedini, P., Riboldi, G., Keller, R., D'Annunzi, A., & Bellodi, L.** (2002). Frontal lobe dysfunction in pathological gambling patients. *Biological psychiatry, 51*(4), 334-341.
- Chase, H. W., & Clark, L.** (2010). Gambling severity predicts midbrain response to near-miss outcomes. *Journal of Neuroscience, 30*(18), 6180-6187.
- Chóliz, M.** (2016). The challenge of online gambling: the effect of legalization on the increase in online gambling addiction. *Journal of gambling studies, 32*, 749-756.
- Christensen, D. R., Jackson, A. C., Dowling, N. A., Volberg, R. A., & Thomas, S. A.** (2015). An examination of a proposed DSM-IV pathological gambling hierarchy in a treatment seeking population: Similarities with substance dependence and evidence for three classification systems. *Journal of gambling studies, 31*, 787-806.
- Ciccarelli, M., Griffiths, M. D., Nigro, G., & Cosenza, M.** (2017). Decision making, cognitive distortions and emotional distress: A comparison between pathological gamblers and healthy controls. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 54*, 204-210.
- Clark, L.** (2014). Disordered gambling: the evolving concept of behavioral addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1327*(1), 46-61.

- Clark, L., Averbeck, B., Payer, D., Sescousse, G., Winstanley, C. A., & Xue, G.** (2013). Pathological choice: the neuroscience of gambling and gambling addiction. *Journal of Neuroscience*, 33(45), 17617-17623.
- Cocker, P. J., Le Foll, B., Rogers, R. D., & Winstanley, C. A.** (2014). A selective role for dopamine D4 receptors in modulating reward expectancy in a rodent slot machine task. *Biological psychiatry*, 75(10), 817-824.
- Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asarnow, J. R., Markman, H. J., ... & Long, B.** (1993). The science of prevention: a conceptual framework and some directions for a national research program. *American psychologist*, 48(10), 1013.
- Comings, D. E.** (1998). Why different rules are required for polygenic inheritance: lessons from studies of the DRD2 gene. *Alcohol*, 16(1), 61-70.
- Comings, D. E., Rosenthal, R. J., Lesieur, H. R., Rugle, L. J., Muhleman, D., Chiu, C., ... & Gade, R.** (1996). A study of the dopamine D2 receptor gene in pathological gambling. *Pharmacogenetics and Genomics*, 6(3), 223-234.
- Crockford, D. N., & el-Guebaly, N.** (1998). Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 43(1), 43-50.
- Crockford, D. N., Goodyear, B., Edwards, J., Quickfall, J., & El-Guebaly, N.** (2005). Cue-induced brain activity in pathological gamblers. *Biological psychiatry*, 58(10), 787-795.
- Custer, R. L.** (1984). Profile of the pathological gambler. *The Journal of clinical psychiatry*, 45(12 Pt 2), 35-38.
- Çakmak, S., & Tamam, L.** (2018). Kumar oynama bozukluğu: Genel bir bakış. *Bağımlılık Dergisi*, 19(3), 78-97.
- Çevik, C., Ciğerci, Y., Kılıç, İ., & Uyar, S.** (2020). Relationship between smartphone addiction and meaning and purpose of life in students of health sciences. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(3), 705-711.
- Dangerfield, L.** (2004). *Job satisfaction, substance use, and gambling behaviour of northern Albertan casino employees* (Doctoral dissertation, Lethbridge, Alta.: University of Lethbridge, School of Health Sciences, 2004).
- 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.

- Delfabbro, P. H., & Winefeld, A. H.** (2000). Predictors of irrational thinking in regular slot machine gamblers. *The Journal of psychology, 134*(2), 117-128.—bu makaleden alınan
- Delfabbro, P., King, D. L., & Derevensky, J. L.** (2016). Adolescent gambling and problem gambling: Prevalence, current issues, and concerns. *Current Addiction Reports, 3*, 268-274.
- Demetrovics, Z., & Griffiths, M. D.** (2012). Behavioral addictions: Past, present and future. *Journal of behavioral addictions, 1*(1), 1-2.
- Derevensky, J. L., & Gainsbury, S. M.** (2016). Social casino gaming and adolescents: Should we be concerned and is regulation in sight?. *International Journal of Law and Psychiatry, 44*, 1-6.
- Derevensky, J. L., Gupta, R., & Winters, K.** (2003). Prevalence rates of youth gambling problems: Are the current rates inflated?. *Journal of gambling studies, 19*, 405-425.
- Derevensky, J. L., Gupta, R., Dickson, L., & Deguire, A. E.** (2004). Prevention efforts toward reducing gambling problems. In *Gambling problems in youth: Theoretical and applied perspectives* (pp. 211-230). Boston, MA: Springer US.
- Derevensky, J. L., St-Pierre, R. A., Temcheff, C. E., & Gupta, R.** (2014). Teacher awareness and attitudes regarding adolescent risky behaviours: is adolescent gambling perceived to be a problem?. *Journal of Gambling Studies, 30*, 435-451.
- Dixon, R. W., Youssef, G. J., Hasking, P., Yücel, M., Jackson, A. C., & Dowling, N. A.** (2016). The relationship between gambling attitudes, involvement, and problems in adolescence: Examining the moderating role of coping strategies and parenting styles. *Addictive behaviors, 58*, 42-46.
- Dowling, N. A., Aarsman, S. R., & Merkouris, S. S.** (2021). Risk, compensatory, and protective factors in problem gambling: The role of positive mental health characteristics. *Addictive Behaviors, 112*, 106604.
- Dowling, N. A., Merkouris, S. S., Greenwood, C. J., Oldenhof, E., Toumbourou, J. W., & Youssef, G. J.** (2017). Early risk and protective factors for problem gambling: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical psychology review, 51*, 109-124.
- Dowling, N., Smith, D., & Thomas, T.** (2005). Electronic gaming machines: are they the 'crack-cocaine' of gambling?. *Addiction, 100*(1), 33-45.

- Dursun, P., Bedir, S. A. L. A., & Ahmet, Ü. Z. E. R.** (2021). The internet and smartphone addictions in a sample of university students: The role of search for meaning in life. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*, 26(3), 249-258.
- Duvarcı, İ.** (1998). Patolojik kumar oynama: tanısına ve eşlik eden özelliklerin belirlenmesine ilişkin betimsel bir çalışma.
- Effertz, T., Bischof, A., Rumpf, H. J., Meyer, C., & John, U.** (2018). The effect of online gambling on gambling problems and resulting economic health costs in Germany. *The European Journal of Health Economics*, 19, 967-978.
- Evren, C., Evren, B., Dalbudak, E., Topcu, M., & Kutlu, N.** (2020). Development and psychometric validation of the Turkish Gambling Disorder Screening Test: a measure that evaluates gambling disorder regarding the American Psychiatric Association framework. *Psychiatry and Behavioral Sciences*, 10(3), 116.
- Fauth-Bühler, M., Mann, K., & Potenza, M. N.** (2017). Pathological gambling: a review of the neurobiological evidence relevant for its classification as an addictive disorder. *Addiction biology*, 22(4), 885-897.
- Feigelman, W., Wallisch, L. S., & Lesieur, H. R.** (1998). Problem gamblers, problem substance users, and dual-problem individuals: an epidemiological study. *American Journal of Public Health*, 88(3), 467-470.
- Ferguson, C. J.** (2007). Evidence for publication bias in video game violence effects literature: A meta-analytic review. *Aggression and Violent behavior*, 12(4), 470-482.
- Ferguson, C. J., San Miguel, C., Garza, A., & Jerabeck, J. M.** (2012). A longitudinal test of video game violence influences on dating and aggression: A 3-year longitudinal study of adolescents. *Journal of psychiatric research*, 46(2), 141-146.
- Filiz, İ. Z. C. İ., SAĞLAM, N. G. U., & ERGELEN, M.** (2022). Neurobiology and Genetics of Behavioral Addictions: A Brief Review. *Bağımlılık Dergisi*, 23(2), 233-241.
- Floros, G. D.** (2018). Gambling disorder in adolescents: prevalence, new developments, and treatment challenges. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 43-51.
- Fong, T. W., Reid, R. C., & Parhami, I.** (2012). Behavioral addictions: where to draw the lines?. *Psychiatric Clinics*, 35(2), 279-296.

- Forbush, K. T., Shaw, M., Graeber, M. A., Hovick, L., Meyer, V. J., Moser, D. J., ... & Black, D. W.** (2008). Neuropsychological characteristics and personality traits in pathological gambling. *CNS spectrums*, *13*(4), 306-315.
- Forrest, D., & McHale, I. G.** (2012). Gambling and problem gambling among young adolescents in Great Britain. *Journal of gambling studies*, *28*, 607-622.
- Frisone, F., Settineri, S., Sicari, P. F., & Merlo, E. M.** (2020). Gambling in adolescence: a narrative review of the last 20 years. *Journal of Addictive Diseases*, *38*(4), 438-457.
- Gainsbury, S. M., King, D., Abarbanel, B., Delfabbro, P., & Hing, N.** (2015). Convergence of gambling and gaming in digital media.
- Gainsbury, S. M., Russell, A., Hing, N., Wood, R., Lubman, D. I., & Blaszczynski, A.** (2014). The prevalence and determinants of problem gambling in Australia: assessing the impact of interactive gambling and new technologies. *Psychology of Addictive Behaviors*, *28*(3), 769.
- Gentile, D. A., Choo, H., Liau, A., Sim, T., Li, D., Fung, D., & Khoo, A.** (2011). Pathological video game use among youths: A two-year longitudinal study. *Pediatrics*, *127*(2), e319-e329.
- Gooding, N. B., & Williams, R. J.** (2023). Are There Riskier Types of Gambling?. *Journal of Gambling Studies*, 1-15.
- Grant, J. E., & Chamberlain, S. R.** (2020). Gambling and substance use: Comorbidity and treatment implications. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *99*, 109852.
- Grant, J. E., Won Kim, S., & Potenza, M. N.** (2003). Advances in the pharmacological treatment of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, *19*, 85-109.
- Griffiths, M.** (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance use*, *10*(4), 191-197.
- Griffiths, M. D.** (1994). The role of cognitive bias and skill in fruit machine gambling. *British Journal of Psychology*, *85*(3), 351-369. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8295.1994.tb02529.x>
- Griffiths, M. D.** (2016). Compulsive sexual behaviour as a behavioural addiction: The impact of the internet and other issues. *Addiction*, *111*(12), 2107-2108.
- Griffiths, M. D.** (2018). Common myths in the behavioral addiction field. *Journal of Concurrent Disorders*, *1*(1), 128-141.

- Griffiths, M. D., & Calado, F.** (2022). Gambling disorder. In *Behavioral addictions: Conceptual, clinical, assessment, and treatment approaches* (pp. 1-29). Cham: Springer International Publishing.
- Griffiths, M., Wardle, H., Orford, J., Sproston, K., & Erens, B.** (2009). Sociodemographic correlates of internet gambling: Findings from the 2007 British gambling prevalence survey. *CyberPsychology & Behavior, 12*(2), 199-202.
- Griffiths, M., Wardle, H., Orford, J., Sproston, K., & Erens, B.** (2011). Internet gambling, health, smoking and alcohol use: Findings from the 2007 British Gambling Prevalence Survey. *International Journal of Mental Health and Addiction, 9*, 1-11.
- Grubbs, J. B., & Rosansky, J. A.** (2020). Problem gambling, coping motivations, and positive expectancies: A longitudinal survey study. *Psychology of Addictive Behaviors, 34*(2), 414–419. <https://doi.org/10.1037/adb0000529>
- Gruenert, S.** (2010). Addiction: A disorder of choice. *Drug and Alcohol Review* (March 2010), 29, 227–231
- Grun, L., & McKeigue, P.** (2000). Prevalence of excessive gambling before and after introduction of a national lottery in the United Kingdom: Another example of the single distribution theory. *Addiction, 95*(6), 959-966.
- Guillou-Landreat, M., Vigneau, C. V., & Gerardin, M.** (2017). Gambling disorder: a side effect of an off-label prescription of baclofen—literature review. *Case Reports, 2017*, bcr2016217506. Updated on 11/15/2023
- Gupta, R., & Derevensky, J. L.** (1996). The relationship between gambling and video-game playing behavior in children and adolescents. *Journal of gambling studies, 12*, 375-394.
- Guttentag, D., Harrigan, K., & Smith, S.** (2012). Gambling by Ontario casino employees: gambling behaviours, problem gambling and impacts of the employment. *International Gambling Studies, 12*(1), 5-22.
- Hardoon, K. K., Gupta, R., & Derevensky, J. L.** (2004). Psychosocial variables associated with adolescent gambling. *Psychology of addictive behaviors, 18*(2), 170.
- Hearn, N. L., Ireland, J. L., Eilea, M., & Fisk, J. E.** (2021). Exploring pathways to gambling: Proposing the integrated risk and protective factors model of gambling types. *Journal of Gambling Studies, 37*(1), 1-26.
- Heather, N.** (1998). A conceptual framework for explaining drug addiction. *Journal of Psychopharmacology, 12*(1), 3-7.

- Hing, N., Cherney, L., Gainsbury, S. M., Lubman, D. I., Wood, R. T., & Blaszczynski, A.** (2015). Maintaining and losing control during Internet gambling: A qualitative study of gamblers' experiences. *New Media & Society, 17*(7), 1075-1095.
- Hodgins, D. C., & Holub, A.** (2015). Components of impulsivity in gambling disorder. *International journal of mental health and addiction, 13*, 699-711.
- Holst, R. J., Brink, W., Veltman, D. J., & Goudriaan, A. E.** (2010). Brain imaging studies in pathological gambling. *Current psychiatry reports, 5*(12), 418-425.
- Holtgraves, T.** (2009). Gambling, gambling activities, and problem gambling. *Psychology of Addictive Behaviors, 23*(2), 295.
- Hui, M. A., & Gang, Z. H. U.** (2014). The dopamine system and alcohol dependence. *Shanghai archives of psychiatry, 26*(2), 61.
- Hyman, S. E.** (2007). The neurobiology of addiction: implications for voluntary control of behavior. *The American Journal of Bioethics, 7*(1), 8-11.
- Ibanez, A., De Castro, I. P., Fernandez-Piqueras, J., Blanco, C., & Saiz-Ruiz, J.** (2000). Pathological gambling and DNA polymorphic markers at MAO-A and MAO-B genes. *Molecular psychiatry, 5*(1), 105-109.
- Jackson, A. C., Dowling, N., Thomas, S. A., Bond, L., & Patton, G.** (2008). Adolescent gambling behaviour and attitudes: A prevalence study and correlates in an Australian population. *International Journal of Mental Health and Addiction, 6*, 325-352.
- Jin, C. H.** (2015). Research on the effects of integrated resorts in Korea on gambling addiction. *Journal of Exercise Rehabilitation, 11*(4), 188.
- Kafka, M. P.** (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of sexual behavior, 39*, 377-400.
- Karaibrahimoğlu, A., Kişioğlu, A. N., Çoban, B., Yıldırım, A., & Yılmaz, S. D.** (2021). Validity and Reliability Study of Online Gambling Addiction Scale (OGAS). *Addicta: The Turkish Journal on Addictions, 8*(3).
- Kardefelt-Winther, D., Heeren, A., Schimmenti, A., Van Rooij, A., Maurage, P., Carras, M., ... & Billieux, J.** (2017). How can we conceptualize behavioural addiction without pathologizing common behaviours?. *Addiction, 112*(10), 1709-1715.
- Kazdin, A. E., Kraemer, H. C., Kessler, R. C., Kupfer, D. J., & Offord, D. R.** (1997). Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clinical psychology review, 17*(4), 375-406.

- Kim, S., Kwok, S., Mayes, L. C., Potenza, M. N., Rutherford, H. J., & Strathearn, L.** (2017). Early adverse experience and substance addiction: dopamine, oxytocin, and glucocorticoid pathways. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1394(1), 74-91.
- Korn, D. A., & Shaffer, H. J.** (1999). Gambling and the health of the public: Adopting a public health perspective. *Journal of gambling studies*, 15, 289-365.
- Kotyuk, E., Magi, A., Eisinger, A., Király, O., Vereczkei, A., Barta, C., ... & Demetrovics, Z.** (2020). Co-occurrences of substance use and other potentially addictive behaviors: Epidemiological results from the Psychological and Genetic Factors of the Addictive Behaviors (PGA) Study. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(2), 272-288.
- Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P. S., & Kupfer, D. J.** (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of general psychiatry*, 54(4), 337-343.
- Langhinrichsen-Rohling, J., Rohde, P., Seeley, J. R., & Rohling, M. L.** (2004). Individual, family, and peer correlates of adolescent gambling. *Journal of Gambling Studies*, 20, 23-46.
- Lee, H. P., Chae, P. K., Lee, H. S., & Kim, Y. K.** (2007). The five-factor gambling motivation model. *Psychiatry research*, 150(1), 21-32.
- Lee, H. S., Lemanski, J. L., & Jun, J. W.** (2008). Role of gambling media exposure in influencing trajectories among college students. *Journal of gambling studies*, 24, 25-37.
- Leeman, R. F., & Potenza, M. N.** (2012). Similarities and differences between pathological gambling and substance use disorders: a focus on impulsivity and compulsivity. *Psychopharmacology*, 219, 469-490.
- Leino, T., Torsheim, T., Pallesen, S., Blaszczynski, A., Sagoe, D., & Molde, H.** (2016). An empirical real-world study of losses disguised as wins in electronic gaming machines. *International Gambling Studies*, 16(3), 470-480.
- Leiserson, V., & Pihl, R. O.** (2007). Reward-sensitivity, inhibition of reward-seeking, and dorsolateral prefrontal working memory function in problem gamblers not in treatment. *Journal of Gambling Studies*, 23, 435-455.
- Linnert, J., Møller, A., Peterson, E., Gjedde, A., & Doudet, D.** (2011). Inverse association between dopaminergic neurotransmission and Iowa Gambling Task performance in pathological gamblers and healthy controls. *Scandinavian journal of psychology*, 52(1), 28-34.

- Lobo, D. S., Souza, R. P., Tong, R. P., Casey, D. M., Hodgins, D. C., Smith, G. J., ... & Kennedy, J. L.** (2010). Association of functional variants in the dopamine D2-like receptors with risk for gambling behaviour in healthy Caucasian subjects. *Biological psychology*, 85(1), 33-37.
- López-Torres, I., León-Quismondo, L., & Ibáñez, A.** (2021). Impulsivity, lack of premeditation, and debts in online gambling disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 618148.
- Lorains, F. K., Cowlishaw, S., & Thomas, S. A.** (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106(3), 490-498.
- Lukasiewicz, M., Neveu, X., Blecha, L., Falissard, B., Reynaud, M., & Gasquet, I.** (2008). Pathways to substance-related disorder: a structural model approach exploring the influence of temperament, character, and childhood adversity in a national cohort of prisoners. *Alcohol & Alcoholism*, 43(3), 287-295.
- Lussier, I. D., Derevensky, J., Gupta, R., & Vitaro, F.** (2014). Risk, compensatory, protective, and vulnerability factors related to youth gambling problems. *Psychology of Addictive behaviors*, 28(2), 404.
- Marazziti, D., Presta, S., Baroni, S., Silvestri, S., & Dell'Osso, L.** (2014). Behavioral addictions: a novel challenge for psychopharmacology. *CNS spectrums*, 19(6), 486-495.
- Martinelli, T. F., Nagelhout, G. E., Bellaert, L., Best, D., Vanderplasschen, W., & van de Mheen, D.** (2020). Comparing three stages of addiction recovery: Long-term recovery and its relation to housing problems, crime, occupation situation, and substance use. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 27(5), 387-396.
- McCormack, A., & Griffiths, M. D.** (2012). Motivating and inhibiting factors in online gambling behaviour: A grounded theory study. *International journal of mental health and addiction*, 10, 39-53.
- McCormick, R. A., Russo, A. M., Ramirez, L. F., & Taber, J. I.** (1984). Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment. *The American journal of psychiatry*, 141(2), 215-218.
- McQuade, A., & Gill, P.** (2012). The role of loneliness and self-control in predicting problem gambling behaviour. *Gambling Research: Journal of the National Association for Gambling Studies (Australia)*, 24(1), 18-30.

- Medeiros, G. C., Leppink, E., Yaemi, A., Mariani, M., Tavares, H., & Grant, J.** (2015). Gambling disorder in older adults: a cross-cultural perspective. *Comprehensive psychiatry*, 58, 116-121.
- Merkouris, S. S., Rodda, S. N., & Dowling, N. A.** (2022). Affected other interventions: A systematic review and meta-analysis across addictions. *Addiction*, 117(9), 2393-2414.
- Milli Piyango İdaresi (MPI).** (2022). *Faaliyet raporu*. Erişim tarihi Ocak 31, 2024 [https://www.mpi.gov.tr/files/faaliyet\\_2022.pdf](https://www.mpi.gov.tr/files/faaliyet_2022.pdf)
- Mishra, S., Beshai, S., Wuth, A., & Refaie, N.** (2019). Risk and protective factors in problem gambling: An examination of psychological resilience. *International Gambling Studies*, 19(2), 241-264.
- Mortalite ve Morbidite İstatistikleri için ICD-11.** (Versiyon 2023, Ocak) <<https://icd.who.int/browse11/lm/tr#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fd%2fentity%2f1041487064>>, erişim tarihi 02.12.2023
- National Research Council.** (1999). Gambling Concepts and Nomenclature. In *Pathological Gambling: A Critical Review*. National Academies Press (US).
- Nautiyal, K. M., Okuda, M., Hen, R., & Blanco, C.** (2017). Gambling disorder: an integrative review of animal and human studies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1394(1), 106-127.
- Neal, P. N., Delfabbro, P. H., & O'Neil, M. G.** (2005). Problem gambling and harm: Towards a national definition
- Neighbors, C., Lostutter, T. W., Cronce, J. M., & Larimer, M. E.** (2002). Exploring college student gambling motivation. *Journal of gambling studies*, 18, 361-370.
- Neophytou, K., Panayiotou, G., Theodorou, M., Theodorou, C., & Artemi, T. F.** (2021). Population screening of gambling behavior: Identifying key characteristics of at-risk players in Cyprus.
- Noel, X., Brevers, D., & Bechara, A.** (2013). A neurocognitive approach to understanding the neurobiology of addiction. *Current opinion in neurobiology*, 23(4), 632-638.
- Nower, L., & Blaszczynski, A.** (2017). Development and validation of the Gambling Pathways Questionnaire (GPQ). *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(1), 95–109. <https://doi.org/10.1037/adb0000234>
- Pallesen, S., Mentzoni, R. A., Morken, A. M., Engebø, J., Kaur, P., & Erevik, E. K.** (2021). Changes over time and predictors of online gambling in three

Norwegian population studies 2013–2019. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 597615.

- Park, H. S., Kim, S. H., Bang, S. A., Yoon, E. J., Cho, S. S., & Kim, S. E.** (2010). Altered regional cerebral glucose metabolism in internet game overusers: a 18F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography study. *CNS spectrums*, 15(3), 159-166.
- Petry, N. M., Stinson, F. S., & Grant, B. F.** (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of clinical psychiatry*, 66(5), 564-574.
- Philander, K. S., & MacKay, T. L.** (2014). Online gambling participation and problem gambling severity: Is there a causal relationship?. *International Gambling Studies*, 14(2), 214-227.
- Poole, J. C., Kim, H. S., Dobson, K. S., & Hodgins, D. C.** (2017). Adverse childhood experiences and disordered gambling: Assessing the mediating role of emotion dysregulation. *Journal of Gambling Studies*, 33, 1187-1200.
- Porter, J. C., & Ghezzi, P. M.** (2006). Theories of pathological gambling. *Gambling: Behavior theory, research, and application*, 19-44.
- Potenza, M. N., Leung, H. C., Blumberg, H. P., Peterson, B. S., Fulbright, R. K., Lacadie, C. M., ... & Gore, J. C.** (2003). An fMRI Stroop task study of ventromedial prefrontal cortical function in pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 160(11), 1990-1994.
- Potenza, M. N., Walderhaug, E., Henry, S., Gallezot, J. D., Planeta-Wilson, B., Ropchan, J., & Neumeister, A.** (2013). Serotonin 1B receptor imaging in pathological gambling. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 14(2), 139-145.
- Power, Y., Goodyear, B., & Crockford, D.** (2012). Neural correlates of pathological gamblers preference for immediate rewards during the Iowa Gambling Task: an fMRI study. *Journal of Gambling Studies*, 28, 623-636.
- Raylu, N., & Oei, T. P.** (2004a). Role of culture in gambling and problem gambling. *Clinical psychology review*, 23(8), 1087-1114.
- Raylu, N., & Oei, T. P.** (2004b). The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): Development, confirmatory factor validation and psychometric properties. *Addiction*, 99(6), 757-769.
- Ren, Y., Fang, J., Lv, J., Hu, X., Guo, C. C., Guo, L., ... & Liu, T.** (2017). Assessing the effects of cocaine dependence and pathological gambling using

group-wise sparse representation of natural stimulus fMRI data. *Brain imaging and behavior*, 11(4), 1179-1191.

- Reuter, J., Raedler, T., Rose, M., Hand, I., Gläscher, J., & Büchel, C.** (2005). Pathological gambling is linked to reduced activation of the mesolimbic reward system. *Nature neuroscience*, 8(2), 147-148.
- Rose, G.** (2001). Sick individuals and sick populations. *International journal of epidemiology*, 30(3), 427-432.
- Santangelo, O. E., Provenzano, S., & Firenze, A.** (2022). Risk factors for addictive behaviors: A general overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6583.
- Sarti, S., & Triventi, M.** (2017). The role of social and cognitive factors in individual gambling: An empirical study on college students. *Social Science Research*, 62, 219-237.
- Shaffer, H. J., & Hall, M. N.** (2002). The natural history of gambling and drinking problems among casino employees. *The Journal of Social Psychology*, 142(4), 405-424.
- Shaffer, H. J., & Martin, R.** (2011). Disordered gambling: Etiology, trajectory, and clinical considerations. *Annual review of clinical psychology*, 7, 483-510.
- Shaffer, H. J., Bilt, J. V., & Hall, M. N.** (1999a). Gambling, drinking, smoking and other health risk activities among casino employees. *American journal of industrial medicine*, 36(3), 365-378.
- Shaffer, H. J., Hall, M. N., & Vander Bilt, J.** (1999b). 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.
- Sharpe, L.** (2002). A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling: A biopsychosocial perspective. *Clinical psychology review*, 22(1), 1-25.
- Shed, N. W., Derevensky, J. L., & Gupta, R.** (2010). Risk and protective factors associated with youth problem gambling. *International journal of adolescent medicine and health*, 22(1), 39.
- Sirola, A., Savela, N., Savolainen, I., Kaakinen, M., & Oksanen, A.** (2021). The role of virtual communities in gambling and gaming behaviors: A systematic review. *Journal of Gambling Studies*, 37(1), 165-187.
- Slutske, W. S., Deutsch, A. R., & Piasecki, T. M.** (2016). Neighborhood contextual factors, alcohol use, and alcohol problems in the United States:

evidence from a nationally representative study of young adults. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 40(5), 1010-1019.

**Slutske, W. S., Eisen, S., True, W. R., Lyons, M. J., Goldberg, J., & Tsuang, M.** (2000). Common genetic vulnerability for pathological gambling and alcohol dependence in men. *Archives of general psychiatry*, 57(7), 666-673.

**Slutske, W. S., Ellingson, J. M., Richmond-Rakerd, L. S., Zhu, G., & Martin, N. G.** (2013). Shared genetic vulnerability for disordered gambling and alcohol use disorder in men and women: Evidence from a national community-based Australian twin study. *Twin Research and Human Genetics*, 16(2), 525-534.

**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.

**Slutske, W. S., Zhu, G., Meier, M. H., & Martin, N. G.** (2011). Disordered gambling as defined by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and the South Oaks Gambling Screen: evidence for a common etiologic structure. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(3), 743.

**Ste-Marie, C., Gupta, R., & Derevensky, J. L.** (2006). Anxiety and social stress related to adolescent gambling behavior and substance use. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 15(4), 55-74.

**Sundqvist, K., Jonsson, J., & Wennberg, P.** (2016). Gambling motives in a representative Swedish sample of risk gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 32, 1231-1241.

**Szerman, N., Ferre, F., Basurte-Villamor, I., Vega, P., Mesias, B., Marín-Navarrete, R., & Arango, C.** (2020). Gambling dual disorder: a dual disorder and clinical neuroscience perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 589155.

**Şahin, F. K.** (2019). I. Dünya Savaşı ve Sonrasında Kumarın Yaygınlaşması ve Osmanlı Devleti'nin Aldığı Tedbirler. *Selçuk Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, (41), 405-426.

**T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu (DDK).** (2014). Madde ve diğer bağımlılıklar ile mücadele kapasitesinin ve bu bağlamda Türkiye Yeşilay Cemiyetinin değerlendirilmesi: *Araştırma ve İnceleme Raporu*. Erişim tarihi Şubat 2, 2024 erişim adresi <https://www.muhammedbalci.com/hukukdunyasi/alintilar/370.pdf>

- Tabri, N., Xuereb, S., Cringle, N., & Clark, L.** (2022). Associations between financial gambling motives, gambling frequency and level of problem gambling: a meta-analytic review. *Addiction*, *117*(3), 559-569.
- Tabri, N., Xuereb, S., Cringle, N., & Clark, L.** (2020). Revisiting the role of financial motives in disordered gambling: A meta-analytic review. *Preprint*, *10*.
- Tang, K. T., Kim, H. S., Hodgins, D. C., McGrath, D. S., & Tavares, H.** (2020). Gambling disorder and comorbid behavioral addictions: Demographic, clinical, and personality correlates. *Psychiatry research*, *284*, 112763.
- Tekin, K., & Ögel, K.** (2023). Tam Kazanıyorken Hep Kaybetmek: Kumar ve Bahis Bağımlılığı. IQ Kültür Sanat Yayıncılık.
- Tekin, K., Güliyeve, C., Yılmaz, E., Ögel, K., & Yüksel, B. C.** (2020). Screening scale for behavioral and socioeconomic risk factors for gambling addiction: A validity and reliability study. *ADDICTA: The Turkish Journal on Addictions*, *7*(4), 223-229.
- Thomsen, K. R., Callesen, M. B., Linnet, J., Kringelbach, M. L., & Møller, A.** (2009). Severity of gambling is associated with severity of depressive symptoms in pathological gamblers. *Behavioural pharmacology*, *20*(5-6), 527-536.
- Thurm, A., Satel, J., Montag, C., Griffiths, M. D., & Pontes, H. M.** (2023). The relationship between gambling disorder, stressful life events, gambling-related cognitive distortions, difficulty in emotion regulation, and self-control. *Journal of Gambling Studies*, *39*(1), 87-101.
- Tomei, A., Petrovic, G., & Simon, O.** (2022). Offline and online gambling in a Swiss emerging-adult male population. *Journal of gambling studies*, *38*(4), 1215-1228.
- Türk Dil Kurumu Sözlükleri.** Url-1 <<https://sozluk.gov.tr>> erişim tarihi 08.01.2024
- Ugurlu, T. T., Sengül, C. B., & Sengül, C.** (2012). Bağımlılık Psikofarmakolojisi/Psychopharmacology of Addiction. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, *4*(1), 37.
- van Holst, R. J., van den Brink, W., Veltman, D. J., & Goudriaan, A. E.** (2010). Why gamblers fail to win: a review of cognitive and neuroimaging findings in pathological gambling. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *34*(1), 87-107.
- Verdejo-García, A., Lawrence, A. J., & Clark, L.** (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings

from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(4), 777-810.

- Vereczkei, A., Barta, C., Magi, A., Farkas, J., Eisinger, A., Király, O., ... & Kotyuk, E.** (2022). FOXP3 and GDNF polymorphisms as common genetic factors of substance use and addictive behaviors. *Journal of Personalized Medicine*, 12(5), 690.
- Veselka, L., Wijesingha, R., Leatherdale, S. T., Turner, N. E., & Elton-Marshall, T.** (2018). Factors associated with social casino gaming among adolescents across game types. *BMC Public Health*, 18(1), 1-15.
- Volberg, R. A., Gupta, R., Griffiths, M. D., Olason, D. T., & Delfabbro, P.** (2010). An international perspective on youth gambling prevalence studies. *International journal of adolescent medicine and health*, 22(1), 3-38.
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., Tomasi, D., & Telang, F.** (2011). Addiction: beyond dopamine reward circuitry. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(37), 15037-15042.
- Walker, M. B.** (1989). Some problems with the concept of “gambling addiction”: Should theories of addiction be generalized to include excessive gambling?. *Journal of Gambling behavior*, 5, 179-200.
- Wechsler, H., Davenport, A. E., Dowdall, G. W., Grossman, S. J., & Zanakos, S. I.** (1997). Binge drinking, tobacco, and illicit drug use and involvement in college athletics: A survey of students at 140 American colleges. *Journal of American College Health*, 45(5), 195-200.
- Weinstock, J., Scott, T. L., Burton, S., Rash, C. J., Moran, S., Biller, W., & Kruegelbach, N.** (2014). Current suicidal ideation in gamblers calling a helpline. *Addiction Research & Theory*, 22(5), 398-406.
- Welte, J. W., Wieczorek, W. F., Barnes, G. M., & Tidwell, M. C. O.** (2006). Multiple risk factors for frequent and problem gambling: Individual, social, and ecological. *Journal of Applied Social Psychology*, 36(6), 1548-1568.
- Wildman, R. W.** (1998). *Gambling: An attempt at an integration*. Wynne Resources.
- Williams, R. J., Volberg, R. A., & Stevens, R. M.** (2012). *The population prevalence of problem gambling: Methodological influences, standardized rates, jurisdictional differences, and worldwide trends*. Ontario Problem Gambling Research Centre.

- Williams, R. J., Volberg, R. A., Stevens, R. M., Williams, L. A., & Arthur, J. N.** (2017). *The definition, dimensionalization, and assessment of gambling participation*. Canadian Consortium for Gambling Research.
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D., Botzet, A., & Anderson, N.** (2002). A prospective study of youth gambling behaviors. *Psychology of addictive behaviors, 16*(1), 3.
- Wise, R. A.** (2004). Dopamine, learning and motivation. *Nature reviews neuroscience, 5*(6), 483-494.
- 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.
- Wood, R. T., & Williams, R. J.** (2011). A comparative profile of the Internet gambler: Demographic characteristics, game-play patterns, and problem gambling status. *New Media & Society, 13*(7), 1123-1141.
- World Health Organisation.** (2024). *Addictive behaviours*. [Link: [https://www.who.int/health-topics/addictive-behaviours#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/addictive-behaviours#tab=tab_2)] erişim tarihi 19.02.2024
- World Health Organization.** (1977). *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death: ICD-9*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization.** (2017). *The epidemiology and impact of gambling disorder and other gambling-related harm*. Discussion paper developed for the WHO Forum on Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours, 26-28 June 2017, WHO headquarters Geneva, Switzerland.
- Wu, A. M., & Wong, E. M.** (2008). Disordered gambling among Chinese casino employees. *Journal of Gambling Studies, 24*, 207-217.
- Yau, Y. H., & Potenza, M. N.** (2015). Gambling disorder and other behavioral addictions: recognition and treatment. *Harvard review of psychiatry, 23*(2), 134-146.
- YAVUZ, U. P. D. O.** (2020) İNTERNETTE KUMAR BAĞIMLILIĞI.
- Yeşilay.** (2022). *Kumar Bağımlılığı Kitabı* (1. Baskı). Türkiye Yeşilay Cemiyeti adına Prof.Dr. Mücahit Öztürk (Proje ve Telif Hakkı Sahibi). Yeşilay Yayınları. İstanbul.
- Zack, M., & Poulos, C. X.** (2007). A D2 antagonist enhances the rewarding and priming effects of a gambling episode in pathological gamblers. *Neuropsychopharmacology, 32*(8), 1678-1686.

- Zhang, M., Yang, Y., Guo, S., Cheok, C., Wong, K. E., & Kandasami, G.** (2018). Online gambling among treatment-seeking patients in Singapore: A cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*, 15(4), 832.
- Zou, Z., Wang, H., d'Oleire Uquillas, F., Wang, X., Ding, J., & Chen, H.** (2017). Definition of substance and non-substance addiction. *substance and non-substance addiction*, 21-41.

## EKLER

### EK-1 Etik Kurul Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 11.01.2024-397



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ**  
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU KARARI

Karar Tarihi	08/01/2024	Karar Sayısı	31/17
--------------	------------	--------------	-------

#### KURUL ÜYELERİ

Prof. Dr. Fahameddin BAŞAR / Rektör Yardımcısı - Başkan  
Prof. Dr. Erol KILIÇ / Güzel Sanatlar Fakültesi - Dekan - Üye  
Prof. Dr. Esra AKGÜL / MYO - Üye  
Prof. Dr. Ayşe Pınar VURAL / İnsan ve Toplum Bil. Fak. - Üye  
Prof. Dr. İbrahim KOCABAŞ / Eğitim Fakültesi - Dekan - Üye  
Prof. Dr. Şaban SAĞLIK / Eğitim Fakültesi - Üye  
Prof. Dr. Sefa SAYGILI / İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi - Üye  
Dr. Fatih HASDEMİR / Hukuk Müşaviri V. - Raportör

Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu 08.01.2024 tarihinde saat 14:00'de toplanmış ve aşağıdaki karar alınmıştır.

#### KARAR

**KARAR NO 2024-31/17** Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nisa Nur Çalışkan ŞEN'in "Yetişkinlerde Cevrimiçi Kumar Oynamada Bağımlılığın Risk ve Koruyucu Faktörlerinin İncelenmesi" isimli araştırmasında kullanacağı anket ve ölçeklerinin etik yönden uygunluğuna, Toplantıya katılan Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu üyelerinin oy birliği ile karar verildi.

*e-imzalıdır*

Prof. Dr. Fahameddin BAŞAR  
Başkan

*e-imzalıdır*

Prof. Dr. Şaban SAĞLIK  
Üye

*e-imzalıdır*

Prof. Dr. Erol KILIÇ  
Üye

*e-imzalıdır*

Prof. Dr. Sefa SAYGILI  
Üye

*e-imzalıdır*

Prof. Dr. İbrahim KOCABAŞ  
Üye

*e-imzalıdır*

Prof. Dr. Esra AKGÜL  
Üye

*Katılmadı*

Prof. Dr. Ayşe Pınar VURAL  
Üye

Doküman No: E0.FR-201; İlk Yayın Tarihi: 07.03.2019; Revizyon Tarihi: 20.07.2020; R revizyon No: 01; Sayfa: 1 / 1

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## EK-2 Bilgilendirme Formu

### ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bölümü'nde Prof. Dr. Gaye Saltukoğlu danışmanlığında araştırmacı Psk. Nisa Nur Çalışkan Şen'in yüksek lisans tezi kapsamında yürütülmektedir. Çalışmanın amacı Çevrimiçi Kumar Oynama davranışıyla ilişkili bazı faktörleri incelemektir.

Araştırmaya yaşam boyu en az bir defa çevrimiçi kumar oynamış (bahisler, şans oyunları, piyango) 18 yaş ve üzeri yetişkin tüm bireyler katılabilir. Anketleri tamamlamak yaklaşık ortalama 15 dakika sürmektedir. Çalışmanın bilimsel amaçlarına ulaşabilmesi için, anketteki soruları eksiksiz biçimde, içtenlikle ve sizi en doğru yansıtacak biçimde cevaplamanız oldukça önemlidir.

Yanıtlayacağınız sorular vasıtasıyla, yaş ve cinsiyet gibi birtakım sosyodemografik bilgiler haricinde, herhangi bir kişisel bilgi talep edilmemektedir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar bireysel değerlendirilmeyecek ve kesinlikle üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. Toplanan veriler yalnızca ilgili çalışmada yer alan uzmanlarca değerlendirilecektir. Araştırmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmada yer almayı reddedebilir veya herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz.

Araştırma hakkında daha fazla bilgi almak için sorumlu araştırmacı Psk.Nisa Nur Çalışkan Şen ile [nisanur.caliskan@stu.fsm.edu.tr](mailto:nisanur.caliskan@stu.fsm.edu.tr) adresi aracılığıyla iletişime geçebilirsiniz. Çalışmamıza ve bilime sunduğunuz katkılar için teşekkür ederiz.

Çalışmaya katılmak istediğinizi onaylamak için lütfen aşağıdaki kutucuğu işaretleyiniz.

Araştırma hakkındaki bilgilendirmeyi okudum ve anladım. Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

## EK-3 Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

### EK-3.1 Demografik Bilgi Formu

#### DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1)  Daha önce çevrimiçi kumar oynadım  Daha önce hem kumarhanede/bayiiide kumar hem de çevrimiçi kumar oynadım

2) Yaşınız:

3) Cinsiyetiniz:  Kadın  Erkek

4) En son tamamladığınız okul/eğitim seviyesi nedir?  Okula gitmedim  İlkokul Mezunu  Ortaokul Mezunu  Lise Mezunu  Ön Lisans Mezunu  Lisans Mezunu  Yüksek Lisans Mezunu  Doktora Mezunu

5) Annenizin en son tamamladığı okul/eğitim seviyesi nedir?  Okula gitmedi  İlkokul Mezunu  Ortaokul Mezunu  Lise Mezunu  Ön Lisans Mezunu  Lisans Mezunu  Yüksek Lisans Mezunu  Doktora Mezunu

6) Babanızın en son tamamladığı okul/eğitim seviyesi nedir?  Okula gitmedi  İlkokul Mezunu  Ortaokul Mezunu  Lise Mezunu  Ön Lisans Mezunu  Lisans Mezunu  Yüksek Lisans Mezunu  Doktora Mezunu

7) İlişki Durumunuz:  Bekar  Partnerim Var/Nişanlı  Evli  Boşanmış  Dul

8) Çocuk Sayısı:

9) Yaşantınızın büyük bölümü nerede geçti?  Metropol-Büyük Şehir  İl Merkezi  İlçe  Köy-Kasaba  Yurtdışı

10) Çalışma Durumu:  Emekli  Öğrenci  İşsiz-Çalışmıyor  Çalışıyorum  Öğrenci/Emekli ve Çalışıyor

10.1) Çalışma Yeriniz:  İş yerinde  Uzaktan  Hibrit

10.2) Çalışma Şekliniz:  Sürekli-Tam zamanlı  Dönemsel-Proje bazlı-Mevsimsel  Stajyer  Yarı zamanlı-Part Time  Serbest Zamanlı-Esnek

10.3) Çalışma Süreniz:  Haftalık 30 saatten az  Haftalık 30-45 saat arası  Haftalık 45 Saatten fazla

11) Aylık Gelir(Türk Lirası):  0-17.000 TL  17.003-34.000 TL  34.001-51.000 TL  51.001-68.000 TL  68.001-85.000 TL  85.001 TL ve üzeri

12) Aile ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?  İyi  Orta  Kötü

13) İhtiyaç duyduğunuz zaman etrafınızdaki kişilerden (aile/arkadaş/partner...) sosyal destek alabilir misiniz?  Evet  Hayır  Kısmen

14) Boş vakitlerinizi ne sıklıkla keyifli aktivitelerle/hobilerle (spor, sanat, seyahat vb.) geçirirsiniz?  Hiçbir Zaman  Nadiren  Bazen  Sıklıkla

15) İntihar girişiminiz oldu mu?  Hayır, olmadı  Evet, kumarla ilişkili oldu  Evet, başka bir nedenden oldu

16) Daha önce herhangi bir psikiyatrik ve/veya nörolojik tanı aldınız mı?  Evet  Hayır

16.1) Aldığınız psikiyatrik ve/veya nörolojik tanı seçeneklerde bulunuyorsa işaretleyiniz. Aldığınız tanı seçeneklerde bulunmuyorsa veya birden fazla tanı aldıysanız diğer seçeneğini işaretleyiniz ve yazınız.  Kumar Oynama Bozukluğu  Alkol Kullanım Bozukluğu  Madde Kullanım Bozukluğu  Depresyon Bozuklukları  Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları  Obsesif-Kompulsif (Takıntı-Zorlantı) Bozuklukluk  Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)  Diğer:.....

Aşağıdaki sorularda sizin için uygun olan seçeneği işaretleyiniz

17) Çevrimiçi Poker Oyunları  Oynadım  Oynamadım

18) Çevrimiçi Slot Oyunları  Oynadım  Oynamadım

19) Çevrimiçi Blackjack Oyunları  Oynadım  Oynamadım

20) Çevrimiçi Rulet Oyunları  Oynadım  Oynamadım

21) Çevrimiçi Baccarat Oyunları  Oynadım  Oynamadım

22) Çevrimiçi Zar/Barbut/Craps  Oynadım  Oynamadım

23) Çevrimiçi Spor Bahisleri  Oynadım  Oynamadım

24) Çevrimiçi Yarış Bahisleri  Oynadım  Oynamadım

25) Çevrimiçi Piyango Türleri  Oynadım  Oynamadım

- 26) Çevrimiçi Kazı Kazan/Yazı Tura/Tombala/Keno/Plinko  Oynadım  Oynamadım
- 27) En sık oynadığınız çevrimiçi kumar oyun türü hangisidir? ...
- 28) İlk defa kumar veya çevrimiçi kumar oynadığınızda kaç yaşındaydınız?...
- 29) İlk defa ..... aracılığıyla/teşvikiyle kumar/çevrimiçi kumar oynadım:  
 Arkadaş  Baba  Anne  Kardeş  Eş/Partner  Çocuk  Akraba  Hiç Kimse/Kendim
- 29) Kumar oynamaya başladığım ilk zamanlarda büyük bir maddi  
 kazanç yaşadım  kayıp yaşadım  her ikisi de  hiçbirini
- 30) Çevrimiçi kumar oyunlarını ne sıklıkla oynarsınız?  
 Her gün  Haftada birkaç defa  Ayda birkaç defa  Yılda birkaç defa  Geçmiş yıllarda oynadım
- 31) Çevremde çevrimiçi kumar oynayan kişi/kişiler vardır. Bunlar;  
 Aile Üyeleri (Anne, Baba, Kardeş, Çocuk, Eş)  Arkadaşlar  Hepsi  Hiçbiri
- 32) Tütün ürünleri/sigara, Alkol ve Uyuşturucu Madde için seçenekleri tüketim durumunuza göre işaretleyiniz  
 Her gün  Haftada birkaç defa  Ayda birkaç defa  Yılda birkaç defa  Hiçbir zaman
- 34) Hiç kumar bağımlılığı için tedavi aldınız mı?  Hayır, almadım  Evet, aldım
- 34.1) Tedavi aldığınız kurum/meslek grubu ve tedavi şeklini işaretleyiniz  
 YEDAM  AMATEM  Psikiyatrist  Psikolog  Psikoterapi  İlaçla tedavi  Destek grupları  
 Yatarak tedavi  Diğer
- 34.2) Tedaviye başlangıç yaşınızı ve tedavi süresini yazınız...

**EK-3.2****İnternet Kumar Bağımlılığı Ölçeği (İKBÖ)****İNTERNET KUMAR BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ (İKBÖ)**

		Her zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
	Lütfen aşağıdaki sorularda belirtilen durumları hangi sıklıkta yaşadığınızı belirtiniz. Lütfen her soru için sadece bir seçeneği işaretleyiniz ve hiçbir soruyu boş bırakmayınız.					
1	İnternette kumar/şans oyunu oynamak günlük hayatımın önemli bir parçasıdır.	5	4	3	2	1
2	Para kazanmak için internette kumar/şans oyunu oynarım.	5	4	3	2	1
3	Keyifli vakit geçirmek için internette kumar/şans oyunu oynarım.	5	4	3	2	1
4	Yeni insanlarla tanışmak amacıyla internette kumar/şans oyunu oynarım.	5	4	3	2	1
5	İnternette kumar/şans oyunu oynamak için tahmin desteği alırım.	5	4	3	2	1
6	Kısa zamanda çok para kazanabilmek için internette kumar/şans oyunu oynarım.	5	4	3	2	1
7	İnternette kumar/şans oyunu oynamak stresimi azaltır.	5	4	3	2	1
8	İnternette kumar/şans oyunu oynarken sanal para kullandığımda para harcamış gibi hissetmem	5	4	3	2	1
9	İnternette zaman geçirirken kumar/şans oyunu reklamları dikkatimi çeker	5	4	3	2	1
10	İnternette kumar/şans oyunu oynamak için yasal olmayan siteler de tercih edilebilir.	5	4	3	2	1
11	İnternette kumar/şans oyunu oynamamdan dolayı ailem ile sorunlar yaşarım	5	4	3	2	1
12	İnternette kumar/şans oyunu oynayamadığımda kendimi huzursuz ve gergin hissedirim.	5	4	3	2	1
13	İnternette kumar/şans oyunu oynamayı kontrol etmekte güçlük çekerim.	5	4	3	2	1
14	İnternette kumar/şans oyunlarını ilk oynamaya başladığımdan daha fazla süre oynuyorum.	5	4	3	2	1
15	Kumar/şans oyunu oynadığımın bilinmesini istemediğim için bayiye gitmek yerine internetten oynarım.	5	4	3	2	1
16	İnternette kumar/şans oyunu oynamamın günlük hayatımı olumsuz etkilediğini düşünüyorum.	5	4	3	2	1
17	İnternette kumar/şans oyunu oynamayı istesem de bırakamam.	5	4	3	2	1
18	İnternette kumar/şans oyunu oynamak daha depresif hissetmeme neden oluyor.	5	4	3	2	1
19	İnternette kumar/şans oyunu oynamak sinirli ve gergin hissettirir.	5	4	3	2	1
20	İnternette kumar/şans oyunu oynamam için gerekirse yalan söyleyebilirim.	5	4	3	2	1
21	İnternette kumar/şans oyunu oynamak bana zarar verse de oynamaya devam ederim.	5	4	3	2	1

Motivasyon: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10

Bağımlılık: 13,14,15,17,20,21

Olumsuz psikoloji: 11,12,16, 18,19

### EK-3.3

## Kumar Oynama Bozukluğu Tarama Testi (KOBTT)

### Kumar Oynama Bozukluğu Tarama Testi

Aşağıdaki belirtilere bağlı işlevselliğinizden düşmeye neden olan sürekli ve yineleyici sorunlu kumar oynama davranışları ile ilgili size uygun olanı işaretleiniz.

- Hiçbir zaman (0),  
Evet, hayatımın bir döneminde (1),  
Evet, geçen yıl (2)  
Evet, geçen 3 ay (3).

	Hiçbir zaman	Evet, hayatımın bir döneminde	Evet, geçen yıl	Evet, geçen 3 ay
1. İstediğim coşkuyu sağlamak için giderek daha çok parayla kumar oynamaya gerek duydum.				
2. Kumar oynamayı bırakma ya da durdurma girişimlerim sırasında huzursuz ya da kolay kızan biri olurum.				
3. Kumar oynamamı denetim altına almak, bırakmak ya da durdurmak için yineleyen, sonuç vermeyen çabalarım olmuştur.				
4. Sık sık kumar oynama üzerine düşünürüm (örn. Geçmişteki kumar oynama yaşantılarımı yeniden yaşamayı sürekli düşünüp dururum, bir sonraki girişimimi engellemek ya da tasarlamak, kumar oynamak için para bulma yollarını düşünürüm).				
5. Sıklıkla, sıkıntı duyarken (çaresiz, suçlu, bunalmış, çökkün) kumar oynarım.				
6. Parayla kumar oynayıp yitirdikten sonra, çoğu kez, eşitlenmek için bir gün geri gelirim (yitirdiklerimin ardından koşarım).				
7. Ne denli kumar oynadığımı gizlemek için yalan söylerim.				
8. Kumar oynamam yüzünden önemli bir ilişkiimi tehlikeye attım ve/veya yitirdim.				
9. Kumar oynamam yüzünden önemli bir eğitimimi tehlikeye attım ve/veya yitirdim.				
10. Kumar oynamam yüzünden önemli bir işimi ve/veya iş olanağımı tehlikeye attım ve/veya yitirdim.				
11. Kumar oynadığım için düştüğüm umutsuz parasal durumlardan kurtulmak için başkalarının parasal kaynak sağlamasına bel bağladım.				

### EK-3.4

### Kumar Oynama Nedenleri Ölçeği (KONÖ)

Aşağıdaki ifadeleri okuyup, “niçin şans/bahis oyunları / kumar oynadığınızı” düşünüp sizin için ne kadar uygun olduklarını (X) işaretleyin. Cevap verirken aşağıdaki puanları kullanın:

1. kesinlikle katılmıyorum 2. kısmen katılmıyorum 3. ne katılıyorum ne katılmıyorum 4. kısmen katılıyorum 5. kesinlikle katılıyorum

<b>Sans/bahis oyunları / kumar oynuyorum. Çünkü:</b>					
1. Risk almanın heyecanı hoşuma gidiyor.	1	2	3	4	5
2. Az para ile çok para kazanabilirim.	1	2	3	4	5
3. Acı çekiyorum / dertlerim var.	1	2	3	4	5
4. Başkaları ile birlikte olup sosyalleşiyorum.	1	2	3	4	5
5. Havamı değiştiriyor.	1	2	3	4	5
6. Risk almayı eğlenceli buluyorum.	1	2	3	4	5
7. Kolay yoldan para kazanabilirim.	1	2	3	4	5
8. Kendimi yalnız hissediyorum / yalnızlıktan kaçıyorum.	1	2	3	4	5
9. Başkaları ile tanışmak için rahat bir ortam sağlıyor.	1	2	3	4	5
10. Sıkıcı rutinlerden kaçıyorum.	1	2	3	4	5
11. Başkaları ile yarışmayı eğlenceli buluyorum.	1	2	3	4	5
12. Hemen çok para kazanabilirim.	1	2	3	4	5
13. Kendimi çökkün/üzgün hissediyorum.	1	2	3	4	5
14. Yeni insanlarla tanışmayı kolaylaştırıyor.	1	2	3	4	5
15. Yaşamıma enerji katıyor.	1	2	3	4	5
16. Yoğun duygular yaşamaktan hoşlanıyorum.	1	2	3	4	5
17. Çok paraya ihtiyacım var.	1	2	3	4	5
18. Kendimi öfkeli/keyifsiz hissediyorum.	1	2	3	4	5
19. Oynama niyetim olmasa da diğerleri ile birlikte olmamı sağlıyor.	1	2	3	4	5
20. Böylelikle boş zamanlarımdan ve oynamaktan zevk alıyorum.	1	2	3	4	5
21. Belirsizliğin tadını çıkartmak istiyorum.	1	2	3	4	5
22. Çok büyük paralar kazananlar olduğunu duyuyorum.	1	2	3	4	5
23. Kendimi gergin/kaygılı hissediyorum.	1	2	3	4	5
24. Arkadaşlar ısrar ediyorlar.	1	2	3	4	5
25. Stresimi azaltıyor.	1	2	3	4	5
26. Sonuçları tahmin etmeyi eğlenceli buluyorum.	1	2	3	4	5
27. Maddi sıkıntılarım var ve hiç param yok.	1	2	3	4	5
28. Kendimi baskı altında hissediyorum / işler iyi gitmiyor.	1	2	3	4	5
29. Diğerleri ile daha iyi vakit geçiriyorum.	1	2	3	4	5
30. Heyecan duymak ve keyif almak istiyorum.	1	2	3	4	5
31. Şans/bahis oyunları ve kumar oynamadan yaşamımı değiştiremem.	1	2	3	4	5
32. Beni strese sokan gerçekleri unutuyorum.	1	2	3	4	5
33. Kazanırken hissettiğim zafer duygusunu yaşamak istiyorum.	1	2	3	4	5
34. Çok para kazanabilirim.	1	2	3	4	5
35. Kendimi kolayca başka hiç bir şey düşünmeden kaptrabiliyorum.	1	2	3	4	5

### EK-3.5

#### Kumar Risk Tarama Ölçeği (KURT)

#### KUMAR RİSK TARAMA ÖLÇEĞİ (KURT)

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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Kumarda kaybettiğiniz parayı kazanmak için tekrar kumar oynadığınız oldu mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Kumar oynamanız nedeniyle ailenizin sizi eleştirdiği oldu mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Kumar oynamanız nedeniyle ailenizle ilişkide sorun yaşadığınız oldu mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Kumar oynamanız nedeniyle ekonomik sorunlar yaşadığınız oldu mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Kumar oynamak amacıyla borç aldığınız oldu mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Yaşamınızdaki ve ilişkilerinizdeki sorunlardan kaçmak veya unutmak amacıyla kumar oynadığınız oldu mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Kumar oynadıktan sonra, kumar oynamanız ile ilişkili pişmanlık duyduğunuz oldu mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Niyet ettiğinizden daha fazla kumar oynadığınız oldu mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Kumar oynama davranışınız son bir aydır devam ediyor mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## EK-3.6

### Şans/Bahis Oyunları Kumar ile İlişkili Düşünceler Ölçeği

Şans/bahis oyunları ve kumar oynama davranışlarınız ile ilgili olarak aşağıdaki ifadeleri okuyup, sizin için ne kadar uygun olduklarını (X) işaretleyiniz. Cevap verirken aşağıdaki puanları kullanın:

1. kesinlikle katılmıyorum
2. büyük ölçüde katılmıyorum
3. kısmen katılmıyorum
4. ne katılıyorum ne katılmıyorum
5. kısmen katılıyorum
6. büyük ölçüde katılıyorum
7. kesinlikle katılıyorum

1. Şans/bahis oyunları - kumar oynamak beni daha mutlu ediyor.	1	2	3	4	5	6	7
2. Şans/bahis oyunları - kumar oynamadan yapamam.	1	2	3	4	5	6	7
3. Dua etmek kazanmama yardımcı oluyor.	1	2	3	4	5	6	7
4. Şans/bahis oyunları - kumardaki kayıpların ardından mutlaka bir dizi kazanç da gelecektir.	1	2	3	4	5	6	7
5. Kazançlarımın kendi beceri ve yeteneklerim ile ilişkili olduğunu düşünmem, şans/bahis oyunları - kumar oynamaya devam etmeme yol açıyor.	1	2	3	4	5	6	7
6. Şans/bahis oyunları - kumar oynamak her şeyin olduğundan daha iyi görünmesini sağlıyor.	1	2	3	4	5	6	7
7. O kadar kontrolden çıktım ki şans/bahis oyunları - kumar oynamayı bırakmam çok zor.	1	2	3	4	5	6	7
8. Belirli sayılar ve renkler kazanma şansımı arttırmamda yardımcı olabiliyor.	1	2	3	4	5	6	7
9. Peş peşe gelen kayıplar, daha sonra kazanmama yardımcı olacak bir deneyim sağlayacaktır.	1	2	3	4	5	6	7
10. Kayıplarımın şanssızlık ve olumsuz koşullarla ilişkili olduğunu düşünmem, şans/bahis oyunları - kumar oynamaya devam etmeme yol açıyor.	1	2	3	4	5	6	7
11. Şans/bahis oyunları - kumar, geleceği daha aydınlık hale getiriyor.	1	2	3	4	5	6	7
12. Şans/bahis oyunları - kumar oynamak için karşı konulmaz bir istek duyuyorum.	1	2	3	4	5	6	7
13. Kazanma şansımı arttıracak bazı özel eşyalar/nesnelere biriktirim.	1	2	3	4	5	6	7
14. Bir kere kazandım mı, mutlaka tekrar kazanırım.	1	2	3	4	5	6	7
15. Kayıplarımın olasılık hesapları ile ilişkili olduğunu düşünmem, şans/bahis oyunları - kumar oynamaya devam etmeme yol açıyor.	1	2	3	4	5	6	7
16. Şans/bahis oyunları - kumar oynamak, üzerimdeki stres ve gerginliğin azalmasına yardımcı oluyor.	1	2	3	4	5	6	7
17. Şans/bahis oyunları - kumar oynamayı bırakacak kadar güçlü değilim.	1	2	3	4	5	6	7
18. Kazanma şansımı arttıran bazı özel uğur, ritüel ve davranışlarım vardır.	1	2	3	4	5	6	7
19. Kendimi şanslı hissettiğim zamanlar var ve sadece o zamanlarda şans/bahis oyunları - kumar oynuyorum.	1	2	3	4	5	6	7
20. Son seferde ne kadar para kazandığımı hatırlamak, şans/bahis oyunları - kumar oynamaya devam etmeme neden oluyor.	1	2	3	4	5	6	7
21. Hiçbir zaman şans/bahis oyunları - kumar oynamayı bırakamayacağım.	1	2	3	4	5	6	7
22. Şans/bahis oyunları - kumarda kazançlarımı kısmen de olsa önceden tahmin edebiliyorum.	1	2	3	4	5	6	7
23. Eğer üzerinde bahis - kumar oynadığım sayı, at ya da takımları değiştirip durursam; aynı sayı, at ya da maçlara oynadığım zamanlardan daha az kazanma şansım olur.	1	2	3	4	5	6	7

## EK-4 Ölçek Kullanım İzinleri

Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Posta - Ölçek İzni Talebi Hk.

28.12.2023 13:55



### Ölçek İzni Talebi Hk.

2 ileti

27 Aralık 2023 12:39

Sayın Prof.Dr. Cüneyt Evren,

Ben Akdeniz Üniversitesi Psikoloji bölümü mezunu Nisa Nur Çalışkan Şen. Şu an Fatih Sultan Mehmet Vakıf

Üniversitesi'nde Klinik Psikoloji bölümünde yüksek lisans yapmaktayım. Bilge Evren, Cüneyt Evren, Ercan

Dalbudak, Merve Topcu, Nilay Kutlu tarafından geliştirilen/uyarlanan Kumar Bozukluğu Tarama Testi adlı ölçek ile

çalışmak istediğimi belirtmek amacıyla tarafınıza bu maili iletiyorum. Çevrimiçi kumar oynama ile ilişkili olan tez sürecimi

yürütmekteyim. Bu nedenle ölçeği kullanmak amacıyla gerekli izinleri almak istiyorum ve bu izinler doğrultusunda, veri

toplama sürecinde katılımcılara uygulamak için ölçeği kullanma niyetindeyim. Ölçeği kullanmak tezimin amacı için önem

atfetmektedir.

Bu bağlamda, **Kumar Bozukluğu Tarama Testi** adlı ölçeği kullanmak için gerekli izinleri alabilmem konusunda resmi olarak sizden izin talebinde bulunuyorum. Onay vermeniz halinde, bildirimizi, ölçeği, ve ilişkili çalışmalarını tarafıma iletmenizden memnuniyet duyuyorum.

Saygılarımla,  
Nisa Nur Çalışkan Şen.

27 Aralık 2023 16:07

Merhabalar,

Ölçeği kullanabilirsiniz. Çalışmanızda başarılar dilerim.  
Prof. Dr. Cüneyt Evren

[Alıntılanan metin gizlendi]

2 eklenti

Ölçek-Kumar Oynama Bozukluğu Tarama Testi.pdf  
402K

Kumar Oynama Bozukluğu Tarama Testi.docx  
17K



## Ölçek İzni Talebi Hk.

2 İleti

25 Aralık 2023 13:56

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Adnan Karabrahimoğlu,

Ben Akdeniz Üniversitesi Psikoloji bölümü mezunu Nisa Nur Çalışkan Şen. Şu an Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi'nde Klinik Psikoloji bölümünde yüksek lisans yapmaktayım. Çevrimiçi kumar bağımlılığı düzeyini belirlemeye yönelik Adnan Karabrahimoğlu, Ahmet Nesimi Kişioğlu, Betül Çoban, Ayşe Yıldırım Uz, Servet Derya Yılmaz tarafından geliştirilen/uyarlanan İnternet Kumar Bağımlılığı Ölçeği (İKBÖ) adlı ölçek ile çalışmak istediğimi belirtmek amacıyla tarafınıza bu maili iletıyorum. Çevrimiçi kumar oynama ile ilişkili olan tez sürecimi yürütmekteyim. Bu nedenle ölçeği kullanmak amacıyla gerekli izinleri almak istiyorum ve bu izinler doğrultusunda, veri toplama sürecinde katılımlara uygulamak için ölçeği kullanma niyetindeyim. Ölçeği kullanmak tezimin amacı için önem atfetmektedir.

Bu bağlamda, **İnternet Kumar Bağımlılığı Ölçeği (İKBÖ)** adlı ölçeği kullanmak için gerekli izinleri alabilmem konusunda resmi olarak sizden izin talebinde bulunuyorum. Onay vermeniz halinde, ölçek ve ilişkili çalışmalarını tarafıma iletmenizden memnuniyet duyuyorum.

Saygılarımla,  
Nisa Nur Çalışkan Şen.

25 Aralık 2023 14:14

Merhaba Nisa Hanım,

atıf yapmak kaydıyla ölçeği kullanabilirsiniz. ölçekte ters kodlanmış madde yoktur. üç boyuttan oluşmaktadır. İyi çalışmalar,

**Dr. Adnan KARABRAHİMOĞLU**  
**Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. in Biostatistics**  
**Süleyman Demirel Üniversitesi / SD University**  
**Tıp Fakültesi / Faculty of Medicine**  
**Biyostatistik ve Tıbbi Bilişim AD / Biostatistics and Medical Informatics Dept**  
**Tel: +90-246-211 33 25**  
**Gsm: +90-535-394 39 80**  
**Fax: +90-246-237 11 65**

**ogas.docx**  
26K



## Ölçek İzni Talebi Hk.

4 ileti

21 Aralık 2023 21:21

Sayın Kuntay Arcan,

Ben Akdeniz Üniversitesi Psikoloji bölümü mezunu Nisa Nur Çalışkan Şen. Şu an Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi'nde Klinik Psikoloji bölümünde yüksek lisans yapmaktayım. Kumar oynamayı güdüleyen değişkenleri belirlemek için geliştirilmiş Kumar Oynama Nedenleri Ölçeğinin (KONÖ) Türkiye örnekleminde Kuntay Arcan, A. Nuray Karancı tarafından uyarlanan Kumar Oynama Nedenleri Ölçeği adlı ölçek ile çalışmak istediğimi belirtmek amacıyla tarafınıza bu maili iletiyorum. Çevrimiçi kumar oynama ile ilişkili olan tez sürecimi yürütmekteyim. Bu nedenle ölçeği kullanmak amacıyla gerekli izinleri almak istiyorum ve bu izinler doğrultusunda, veri toplama sürecinde katılımcılara uygulamak için ölçeği kullanma niyetindeyim. Ölçeği kullanmak tezimin amacı için önem atfetmektedir.

Bu bağlamda, **Kumar Oynama Nedenleri Ölçeği** adlı ölçeği kullanmak için gerekli izinleri alabilmem konusunda resmi olarak sizden izin talebinde bulunuyorum. Onay vermeniz halinde, ölçek ve ilişkili çalışmalarını tarafıma iletmenizden memnuniyet duyarım.

Saygılarımla,  
Nisa Nur Çalışkan Şen.

21 Aralık 2023 22:23

Ayrıca, uygun görürseniz **Kumara İlişkin Bilişler Ölçeği** kullanım izni de almak istemekteyim. Kuntay Arcan ve A. Nuray Karancı tarafından uyarlanması gerçekleştirilmiş Türkçe Versiyonun Uyum Çalışması İle İlgili Bilişler Ölçeği (GRCS-T) çalışmasıyla **Kumara İlişkin Bilişler Ölçeği** adlı ölçeği kullanmak için gerekli izinleri alabilmem konusunda resmi olarak sizden izin talebinde bulunuyorum. Onay vermeniz halinde, ölçek ve ilişkili çalışmalarını tarafıma iletmenizden memnuniyet duyarım.

Saygılarımla,  
Nisa Nur Çalışkan Şen.


24 Aralık 2023 06:59

Merhaba,

Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.  
Kolaylıklar dilerim.  
Kuntay Arcan.

[Alıntılanan metin gizlendi]

---

 **KONÖ ve faktörler.doc**  
77K

---

**Kuntay Arcan** [Redacted]  
Alıcı: Nisa Nur CALISKAN [Redacted] >

24 Aralık 2023 07:01

Merhaba,  
Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.  
Kolaylıklar dilerim.  
Kuntay Arcan.

[Alıntılanan metin gizlendi]

---

 **GRCS-türkçe ve faktörler.doc**  
53K



## Ölçek İzni Talebi Hk.

3 ileti

25 Aralık 2023 13:54

Sayın Kinyas Tekin,

Ben Akdeniz Üniversitesi Psikoloji bölümü mezunu Nisa Nur Çalışkan Şen. Şu an Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi'nde Klinik Psikoloji bölümünde yüksek lisans yapmaktayım. **Begüm Ceren Yüksel, Cavid Guliyev, Emre Yılmaz, Kinyas Tekin, Kültegin Ögel** tarafından yürütülen "Screening Scale for Behavioral and Socioeconomic Risk Factors for Gambling Addiction: A Validity and Reliability Study" çalışmada geliştirilen Kumar Risk Tarama Ölçeği adlı ölçek ile çalışmak istediğimi belirtmek amacıyla tarafınıza bu maili iletıyorum. Çevrimiçi kumar oynama ile ilişkili olan tez sürecimi yürütmekteyim. Bu nedenle ölçeği kullanmak amacıyla gerekli izinleri almak istiyorum ve bu izinler doğrultusunda, veri toplama sürecinde katılımcılara uygulamak için ölçeği kullanma niyetindeyim. Ölçeği kullanmak tezimin amacı için önem atfetmektedir.

Bu bağlamda, **Kumar Risk Tarama Ölçeği** adlı ölçeği kullanmak için gerekli izinleri alabilmem konusunda resmi olarak sizden izin talebinde bulunuyorum. Onay vermeniz halinde, ölçek ve ilişkili çalışmalarını tarafıma iletmenizden memnuniyet duyuyorum.

Saygılarımla,  
Nisa Nur Çalışkan Şen.

25 Aralık 2023 14:04

Merhaba Nisa Hanım,  
Kumar Risk Tarama Ölçeğini kullanabilirsiniz.

Ölçek ve hesaplama ektedir.

Saygılarımla

Nisa Caliskan <nis

>, 25 Ara 2023 Pzt, 14:54 tarihinde şunu yazdı:

[Alınılan metin gizlendi]

 **KURT İzin.docx**  
15K

**Nisa Caliskan** <nisac  
Alıcı: Kinyas Tekin <ki

25 Aralık 2023 16:24

İlginize teşekkür ederim. İyi çalışmalar dilerim.

Saygılarımla.

Kinyas Tekin <kinye

>, 25 Ara 2023 Pzt, 15:04 tarihinde şunu yazdı:

[Alınılan metin gizlendi]