



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KUMAR OYNAMA BOZUKLUĞU
HASTALARINDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ
DAMGALANMA, ALGILANAN SOSYAL
DESTEK, DEPRESYON VE ANKSİYETE
DÜZEYLERİNİN TEDAVİ
MOTİVASYONU ÜZERİNE ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

ÖZLEM KAPUCI

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. BAŞAK ÜNÜBOL**

**BAĞIMLILIK VE BAĞIMLILIKLA MÜCADELE ANA BİLİM DALI
BAĞIMLILIK VE BAĞIMLILIKLA MÜCADELE DOKTORA PROGRAMI**

**DOKTORA TEZİ
TEMMUZ/2024**

İTHAF

“Sevgili eşime, oğullarım İlhami Kadir ile Mehmet Kerem’e ithaf ediyorum”

TEŞEKKÜR

Araştırmanın yürütülmesinde her daim destek veren danışman hocam Doç. Dr. Başak ÜNÜBOL'a, katkılarından dolayı Prof. Dr. Rabia BİLİCİ'ye, Prof. Dr. E. Emrem BEŞTEPE'ye, Prof. Dr. Filiz İZCİ'ye, Prof. Dr. Yusuf Özay ÖZDEMİR'e, Prof. Dr. Saime Füsun DOMAÇ'a, Doç. Dr. Sema BAYKARA'ya, Doç. Dr. Merih ALTINTAŞ'a, Dr. Öğr.Üyesi Fatma KANTAŞ YILMAZ'a, Dr. Öğr. Üyesi M. Selim ARPACIOĞLU'na, Dr. Öğr. Üyesi Burcu YÜCE'ye, Dr. Öğr. Üyesi Erkal ERZİNCAN'a, Dr. Öğr. Üyesi Kürşat Nuri BAYDİLİ'ye, Dr. Öğr. Üyesi Aziz Mehmet GÖKBAKAN'a, Uzm. Dr. Salime GÜRSOY'a, Uzm. Dr. Muhsin Koray KILIÇ'a, Uzm. Dr. Damla AK'a, Uzman Klinik Psikolog Adalet YARDIMCI'ya, Psikolog Gizem AKÜLKER'e, Psikolog Pembegül KILIÇ'a, Psikolog Emet KILINÇ KOÇ'a, Psikolog Hatice GÜNEŞ'e, Psikolog Nihan YILMAZ'a, Uzm. Hemşire Betül ŞİRAN ASLAN'a, Hemşire Sevim NEGÜZEL'e ve araştırmanın yürütülmesinde doktora bursu kapsamında destek adığım YEŞİLAY'a tüm kalbimle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

İTHAF.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT.....	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	1
1.2. ARAŞTIRMANIN GEREKÇESİ VE ÖNEMİ	1
1.3. ARAŞTIRMADAN BEKLENEN ÇIKTILAR	1
1.4. ARAŞTIRMANIN SAYILTILARI/VARSAYIMLARI	2
1.5. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE SINIRLILIKLARI	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. KUMAR OYNAMA BOZUKLUĞU TANIMI	3
2.2. KUMAR OYNAMA BOZUKLUĞUNUN EPİDEMİYOLOJİSİ VE KOMORBİD BOZUKLUKLAR	4
2.3. KUMAR OYNAMA BOZUKLUĞU TANI VE SINIFLANDIRMASI.....	5
2.4. KUMAR OYNAMA BOZUKLUĞU ETİYOLOJİSİ.....	6
2.5. KUMAR OYNAMA BOZUKLUĞUNUN TEDAVİSİ	7
2.6. KUMAR OYNAMA BOZUKLUĞU VE DAMGALANMA İLİŞKİSİ	8
2.6.1. Sosyal Damgalanma	9
2.6.2. İçselleştirilmiş Damgalanma.....	9
2.7. KUMAR OYNAMA BOZUKLUĞU VE SOSYAL DESTEK İLİŞKİSİ	10
2.8. KUMAR OYNAMA BOZUKLUĞU VE DEPRESYON İLİŞKİSİ.....	12
2.9. KUMAR OYNAMA BOZUKLUĞU VE ANKSİYETE İLİŞKİSİ.....	14
2.10. KUMAR OYNAMA BOZUKLUĞU VE TEDAVİ MOTİVASYONU İLİŞKİSİ.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
3.1. ARAŞTIRMANIN DESENİ	17
3.2. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ	17
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ, ÖRNEKLEME TEKNİĞİ VE HESABI	17
3.4. ARAŞTIRMAYA ALINMA VE DIŞLANMA KRİTERLERİ	18

3.5. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER	19
3.5.1. Demografik Bilgi Formu	19
3.5.2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)	19
3.5.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).....	22
3.5.4. Beck Depresyon Envanteri (BDE).....	22
3.5.5. Beck Anksiyete Envanteri (BAE).....	22
3.5.6. Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA).....	23
3.6. VERİ ANALİZİ.....	24
3.7. ETİK KURUL İZİNİ VE İŞLEM	24
4. BULGULAR.....	25
4.1. DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERLE İLGİLİ BULGULAR.....	25
4.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ	27
4.3 DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ KORELASYONEL İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ.....	29
4.4. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMANIN DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ.....	32
4.5. SOSYAL DESTEĞİN DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ.....	35
4.6. DEPRESYONUN DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ.....	40
4.7. ANKSİYETENİN DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ.....	43
4.8. TEDAVİ MOTİVASYONUNUN DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ.....	47
4.9. ARAŞTIRMADAKİ ÖLÇÜMLERİN DEPRESYON PUANI AÇISINDAN İNCELENMESİ.....	50
4.9.1. Tedavi Motivasyonu ile Depresyon Arasındaki İlişki	51
4.9.2. Sosyal Destek ile Depresyon Arasındaki İlişki.....	52
4.9.3. İçselleştirilmiş Damgalanma ile Dpresyon Arasındaki İlişki	53
4.10. HİPOTEZLERİN DOĞRULANMASINA YÖNELİK BASİT DOĞRUSAL REGRESYON ANALİZLERİ.....	54
4.10.1. Birinci Hipotez: Depresyon ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişki	54
4.10.2. İkinci Hipotez: Anksiyete ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişki	55
4.10.3. Üçüncü Hipotez: Sosyal Destek ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişki ...	56
4.10.4. Dördüncü Hipotez: İçselleştirilmiş Damgalanma ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişki.....	57

4.11. DEPRESYON, ANKSİYETE, SOSYAL DESTEK VE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMANIN TEDAVİ MOTİVASYONU ÜZERİNDEKİ YORDAYICI ETKİSİNİN İNCELENMESİ.....	59
5. TARTIŞMA	61
5.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERLE KLİNİK ÖZELLİKLER, DEPRESYON, ANKSİYETE, İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA, SOSYAL DESTEK VE TEDAVİ MOTİVASYONU ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN YORUMLANMASI	61
5.2. DEPRESYON, ANKSİYETE, İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA, SOSYAL DESTEK VE TEDAVİ MOTİVASYONU ÖLÇEKLERİNDEN ELDE EDİLEN PUANLARIN YORUMLANMASI	64
5.3. DEPRESYON, ANKSİYETE, İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA, SOSYAL DESTEK VE TEDAVİ MOTİVASYONU ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN YORUMLANMASI	68
5.4. HİPOTEZLERLE İLGİLİ ELDE EDİLEN BULGULARIN YORUMLANMASI.....	74
5.5. DEPRESYON, ANKSİYETE, SOSYAL DESTEK VE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMANIN TEDAVİ MOTİVASYONU ÜZERİNDEKİ YORDAYICI ETKİSİ İLE İLGİLİ ELDE EDİLEN BULGULARIN YORUMLANMASI.....	76
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	79
KAYNAKLAR	81
EKLER.....	89

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 4.1: Demografik değişkenlerin dağılımı	26
Tablo 4.2: Klinik verilerin dağılımı	27
Tablo 4.3: Veri toplama araçlarının tanımsal özellikleri	28
Tablo 4.4: Değişkenler arasındaki korelasyonel ilişkiler	31
Tablo 4.5: Sosyal destek açısından anne eğitim durumuna ilişkin varyans analizi tablosu	38
Tablo 4.6: Sosyal destek açısından baba eğitim durumuna ilişkin varyans analizi tablosu	39
Tablo 4.7: Sosyal destek açısından adli öykü durumuna ilişkin varyans analizi tablosu ...	40
Tablo 4.8: Anksiyete açısından kumar oynama sıklığına ilişkin varyans analizi tablosu ..	47
Tablo 4.9: Depresyon kesme puanına göre tedavi motivasyonu alt boyutları arasında bağımsız gruplar t testi tablosu	51
Tablo 4.10: Depresyon kesme puanına göre sosyal destek alt boyutları arasında bağımsız gruplar t testi tablosu.....	52
Tablo 4.11: Depresyon kesme puanına göre içselleştirilmiş damgalanma alt boyutları arasında bağımsız gruplar t testi tablosu.....	53
Tablo 4.12: Tedavi motivasyonu puanı ve depresyon puanı arası basit regresyon analizi sonuçları.....	54
Tablo 4.13: Tedavi motivasyonu puanı ve anksiyete puanı arası basit regresyon analizi sonuçları.....	55
Tablo 4.14: Tedavi motivasyonu puanı ve sosyal destek puanı arası basit regresyon analizi sonuçları.....	56
Tablo 4.15: Tedavi motivasyonu puanı ve içselleştirilmiş damgalanma puanı arası basit regresyon analizi sonuçları	58
Tablo 4.16: Depresyon, anksiyete, sosyal destek, içselleştirilmiş damgalanmanın tedavi motivasyonu üzerindeki yordayıcı etkisi	60

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1: Tedavi motivasyonu ve depresyon puanı değişim grafiği	55
Şekil 4.2: Tedavi motivasyonu ve anksiyete puanı değişim grafiği.....	56
Şekil 4.3: Tedavi motivasyonu puanı ve sosyal destek puanı değişim grafiği.....	57
Şekil 4.4: Tedavi motivasyonu puanı ve içselleştirilmiş damgalanma puanı değişim grafiği	58



SİMGELER VE KISALTMALAR

AMATEM	: Alkol ve Madde Tedavi Merkezi
ANOVA	: Analysis of Variance
BADEM	: Bağımlılık Danışma ve Eğitim Merkezi
BAE	: Beck Anksiyete Envanteri
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DANTE	: Bağımlılık Danışma ve Tedavi Merkezi
DSM	: Diagnostic of Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EAH	: Eğitim ve Araştırma Hastanesi
ICD	: The International Classification of Diseases
RHİDÖ	: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
SBÜ	: Sağlık Bilimleri Üniversitesi
TMA	: Tedavi Motivasyonu Anketi
WHO	: World Health Organization

KUMAR OYNAMA BOZUKLUĞU HASTALARINDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA, ALGILANAN SOSYAL DESTEK, DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN TEDAVİ MOTİVASYONU ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

ÖZET

Amaç: Kumar oynama bozukluğu hastalarında içselleştirilmiş damgalama, algılanan sosyal destek, depresyon ve anksiyetenin tedavi motivasyonu üzerinde etkisinin olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Kumar oynama bozukluğu tanısı alan 18-60 yaş arasında 165 hasta çalışmaya alındı. Demografik bilgi formu, ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalama ölçeği, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği, Beck depresyon, Beck anksiyete envanteri ve tedavi motivasyonu anketi verileri elde etmek için kullanıldı.

Bulgular: İçsel motivasyonla yabancılaşma, içselleştirilmiş damgalama arasında; dışsal motivasyonla depresyon, anksiyete ve kalıp yargıların onaylanması arasında; tedavi motivasyonu ile yabancılaşma ve içselleştirilmiş damgalanma arasında orta düzeyde pozitif ilişki ve sosyal destek ile tedavi motivasyonu arasında zayıf düzeyde negatif ilişki saptandı. Depresyon puanları orta ve üstü seviyede olanların hafif düzeyde olanlara göre içsel motivasyonları daha yüksek bulundu. Regresyon analizinde tedavi motivasyonunda yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması ve algılanan ayrımcılığın varyansın %34'ünü, içsel motivasyonda yabancılaşma ve içselleştirilmiş damgalamanın varyansın %30'unu, dışsal motivasyonda depresyon, anksiyete ve kalıp yargıların onaylanmasının varyansın %31'ini ve kişiler arası yardım aramada kalıp yargıların onaylanmasının varyansın %6'sını açıkladığı sonucuna ulaşıldı.

Sonuç: Tedaviye yönelik motivasyon, içselleştirilmiş damgalanma, depresyon ve anksiyete gibi faktörlerden etkilenmektedir. Tedavi motivasyonunda sosyal desteğin etkisinin olmadığı sonucuna ulaşıldı. Tedavide devamlılık ve başarının sürdürülmesinde etkin olarak verilecek sosyal desteğin, tedavi motivasyonunun arttırılmasında ve sürdürülmesinde katkısının olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Depresyon, İçselleştirilmiş Damgalanma, Kumar, Motivasyon, Sosyal Destek



THE EFFECT OF INTERNALISED STIGMA, PERCEIVED SOCIAL SUPPORT, DEPRESSION AND ANXIETY LEVELS ON TREATMENT MOTIVATION IN GAMBLING DISORDER PATIENTS

ABSTRACT

Aim: It is aimed to determine whether internalized stigma, perceived social support, depression and anxiety have an effect on treatment motivation in gambling disorder patients.

Materials and Methods: A total of 165 patients aged 18-60 years with gambling disorder were included in the study. Demographic information form, internalized stigma scale in mental illness, multidimensional perceived social support scale, Beck depression, Beck anxiety inventory and treatment motivation questionnaire were used to obtain data.

Results: There were moderate positive correlations between intrinsic motivation and alienation and internalized stigma; extrinsic motivation and depression, anxiety and confirmation of stereotypes; moderate positive correlations between treatment motivation and alienation and internalized stigma; and weak negative correlations between social support and treatment motivation. Those with moderate or higher depression scores had higher intrinsic motivation than those with mild depression. Regression analysis revealed that alienation, stereotype endorsement and perceived discrimination explained 34% of the variance in treatment motivation, alienation and internalized stigma explained 30% of the variance in intrinsic motivation, depression, anxiety and stereotype endorsement explained 31% of the variance in extrinsic motivation and stereotype endorsement explained 6% of the variance in interpersonal help seeking.

Conclusion: Motivation for treatment is affected by factors such as internalized stigma, depression and anxiety. It was concluded that social support had no effect on treatment motivation. It is thought that social support, which will be given effectively in maintaining continuity and success in treatment, may contribute to increasing and maintaining treatment motivation.

Key Words: Anxiety, Depression, Gambling, Internalized Stigma, Motivation, Social Support



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışma ile; içselleştirilmiş damgalanma, algılanan sosyal destek, depresyon ve anksiyetenin tedavi motivasyonu üzerine etkisinin olup olmadığının belirlenmesi ve bu ilişkideki sosyodemografik verilerin etkisinin de incelenmesi amaçlanmaktadır.

1.2. ARAŞTIRMANIN GEREKÇESİ VE ÖNEMİ

Kumar oynama bozukluğu tanısı alan hastaların içselleştirilmiş damgalanma, sosyal destek, depresyon ve anksiyete seviyeleri nedeniyle tedavi motivasyonlarının düşük olabileceği ve bu durumun tedavi alma konusunda hastalarda isteksizlik yaratabileceği ve hastaların tedaviye başvursalar bile, tedavi sürecinde tedaviye uyum sağlayamamaları nedeniyle hastalarda nüksün gerçekleşebileceği düşünülmektedir. Literatürde bugüne kadar Türkiye örneğinde Kumar oynama bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve ilgili değişkenler arasındaki ilişkileri inceleyen bir çalışma olmadığı görülmektedir. Bu çalışma, ülkemizde bu alanda yapılan ilk çalışma olması nedeniyle de özgün olup, önem arz etmektedir.

Bu araştırmanın yapıldığı tedavi merkezlerine başvuran hastaların çoğunlukla Transteorik Model'deki (Davranış Değişikliği Modeli: niyet öncesi, niyet, hazırlık, eylem ve sürdürme) hazırlık sürecinden sonra ya gönüllü olarak ya da ailevi ve yasal durumlar gibi çevresel faktörlerin baskısıyla harekete geçerek tedavi başvurusunda bulundukları görülmektedir. Bu araştırma ile hastaların ilk başvurularındaki tedavi motivasyonlarının üzerinde etkili olabileceği düşünülen depresyon, anksiyete, içselleştirilmiş damgalanma ve algılanan sosyal destek düzeylerinin belirlenmesinin hem tedavinin etkinliğine hem de nükslerin önlenmesine yönelik olumlu katkısının olabileceği düşünülmektedir.

1.3. ARAŞTIRMADAN BEKLENEN ÇIKTILAR

Kumar oynama bozukluğu tanısı alan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, algılanan sosyal destek, depresyon ve anksiyete düzeylerinin tedavi motivasyonları üzerindeki etkisinin incelenmesi ve bu kavramlarla ilgili uygulanan tedavi programlarının etkinliğinin geliştirilmesine yönelik olarak araştırma bulgularından elde edilen sonuçların

literatür bağlamında tartışılarak alanyazına katkı sağlanması ve tedavinin her safhasında yer alan tüm hizmet sağlayıcılar için farkındalık oluşturmak adına öneriler sunulması beklenmektedir.

1.4. ARAŞTIRMANIN SAYILTI LARI/VARSAYIM LARI

Çalışma ile ilgili varsayımımız; tedavi sürecinde önemli bir payı bulunan tedavi motivasyonunun içselleştirilmiş damgalanma, algılanan sosyal destek, depresyon ve anksiyeteden etkilendiği üzerinedir. Araştırmanın hipotezleri şu şekildedir:

H1-) Kumar oynama bozukluğu tanılı hastalarda depresyon düzeyinin artması, tedavi motivasyonunu artırır,

H2-) Kumar oynama bozukluğu tanılı hastalarda anksiyete düzeyinin artması, tedavi motivasyonunu artırır,

H3-) Kumar oynama bozukluğu tanılı hastalarda algılanan sosyal destek düzeyinin artması, tedavi motivasyonunu artırır,

H4-) Kumar oynama bozukluğu tanılı hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin artması, tedavi motivasyonunu azaltır.

1.5. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE SINIRLILIK LARI

Kumar oynama bozukluğu olan hastalarında tedavi motivasyonlarındaki düşüklüğün, tedavi arama sürecindeki en büyük engellerden biri olduğu kanıtlanmaya çalışılmıştır. Ayrıca, verimli bir tedavide, nüksün önlenmesinde ve tedavi uyumunda tedavi motivasyonuna etki eden değişkenlere dikkat çekilmeye çalışılmıştır. Araştırmanın sınırlılıkları; 1-Araştırma sadece Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH) Alkol Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi (AMATEM) bünyesinde hizmet veren Bağımlılık Danışma ve Eğitim Merkezi (BADEM) ve Bağımlılık Danışma ve Tedavi Merkezi (DANTE) birimlerine 2022 yılında tedavi olmak üzere başvuran erkek hastalarla sınırlıdır, bu durum kumar oynama bozukluğu için cinsiyetler arasında değerlendirme yapılmasına imkân vermemektedir, 2-Araştırmada kullanılan ölçeklerden elde edilecek veriler öz bildirime dayalıdır, 3-Araştırma kesitsel desenli olarak yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KUMAR OYNAMA BOZUKLUĞU TANIMI

Kumar, daha değerli olan bir şeyi kazanmak ümidiyle sahip olunan değerli bir şeyi riske atmayı içeren bir faaliyet olarak tanımlanmaktadır (1). Popüler kumar oyunları arasında kumarhane oyunlarından blackjack gibi masa oyunları, elektronik tabanlı slot makineleri, şans oyunları, piyango, kazı kazan, internetten oynanan poker ve spor müsabakalarına ait oyunlar ve borsa gösterilebilir (2). Kumar oyunları, sürekli ve süreksiz olmak üzere oynanma zamanına göre iki başlık altında kategorize edilmektedir. Sürekli oyunlar arasında; hızın yüksek ve oyun süreleri arasındaki zamanın kısa olduğu, hemen kaybedilip hemen kazanılabilecek kâğıt, slot makineleri ve rulet gibi oyunlar yer alırken, süreksiz oyunlar arasında ise, hızın düşük ve oyun süreleri arasındaki zamanın uzun olduğu milli piyango, süper loto, sayısal loto ve şans topu gibi oyunlar yer almaktadır (3). Zaman içerisinde akıllı telefonların da yaygınlaşması ile internet üzerinden kumar oynama yaygınlığı artış göstermiştir (4).

Kumar oynama bozukluğu “Diagnostic of Statistical Manual of Mental Disorders”-5’de (DSM-5), işlevselliğin bozulmasına neden olan, olumsuz sonuçlarına rağmen devam eden, kumar oynamanın kalıcı ve tekrarlayan bir formu olarak tanımlanmaktadır (5).

Kumar oynama bozukluğu tanısı alan hastalardan çoğunun profesyonel bir tedavi geçmişinin ya da adsız kumarbazlar grubuna yardım başvurusunun bulunmadığı belirtilmektedir (6,7). Yapılan bir araştırmada kumar oynama bozukluğu yardım hattını arayan hastalardan %92’sinin kumara bağlı olarak çeşitli psikiyatrik sorunlar yaşadıkları, bunlardan %80’den fazlasının kumara bağlı kaygı ve depresyon yaşadığı, yaşamları boyunca üçte birinin kumara bağlı olarak intihar düşüncesinin olduğu ve %8’den fazlasının hayat boyunca kumar kaynaklı intihar girişiminde bulunduğu tespit edilmiştir (8).

Kişilerin almış oldukları hastalık tanısına bağlı olarak yaşamış oldukları toplumsal damgalanma; kişilerin hastalıklarını söyleyerek alacakları sosyal desteği alamamalarına ya da hastalıklarını gizleme yolunu seçmelerine neden olmaktadır (9). Bu durum, hastalar üzerinde hastalıklarından daha fazla oranda damgalanmayla mücadele

etme zorunluluğu doğurmakta, hastaların kendi dünyalarına çekilmelerine ve kendilerini dış dünyadan soyutlamalarına neden olmaktadır (10).

Kumar oynama bozukluğu tanısı alan kişilerde psikolojik tedavileri bırakmanın nedenlerini inceleyen 12 çalışmanın değerlendirildiği bir derleme çalışmasında; tedaviyi bırakma ile ilgili faktörler arasında zayıf sosyal destek düzeyi, komorbid depresyon ve anksiyete birlikteliği ile alkol-madde kullanımının olduğu ve başvuruların yaklaşık yarısının tedaviyi tamamlamadıkları bildirilmiştir (11).

Ruhsal hastalığı olan bireyler tedavi sonucunda damgalanmaya bağlı olarak etiketlenebilecek olmalarının verdiği korkuyla, tedavi arama davranışına girmemeyi seçebilmektedirler. Tüm dünyada damgalanma bu nedenle, tedaviye katılım oranlarının düşüklüğü ile sonuçlanan dikkate alınması gereken bir halk sağlığı sorunudur (12). Tedavi motivasyonu; ister farmakolojik yaklaşım olsun, ister de psikoterapötik yaklaşım olsun tedaviden fayda görmenin en önemli belirleyicisidir. Hastaların tedavilerini yarıda bırakması, hastalığın nükslerle beraber devam etmesi ve tedavi seyrinin olumsuz yöne evrilmesinin en yoğun nedenlerinden birisi de tedavi motivasyonunun yeterli düzeyde olmamasıdır (13). Bağımlılık tedavisi kolay olmayan bir süreç olup, hastanın tedavi motivasyonunun oluşması, tedavinin devam ettirilmesi ve yaşam becerilerinin geliştirilmesi gibi her safhada hastanın ihtiyaç duyduğu tüm desteği alması elzemdir (14). Alkol ve madde bağımlılığı tanısı alan kişilerde olduğu gibi, kumar oynama bozukluğu tanısı alan kişilerde de damgalanma korkusu nedeniyle hastaların tedavi aramayı seçmedikleri belirtilmiştir (15,16).

2.2. KUMAR OYNAMA BOZUKLUĞUNUN EPİDEMİYOLOJİSİ VE KOMORBİD BOZUKLUKLAR

2022 yılı Kumar oynama bozukluğu yaygınlığının %0,1 ile %5,8 arasında değiştiği rapor edilmektedir (17). Kumar oynama bozukluğunun madde kullanım bozukluğu, duygudurum bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları ve Parkinson hastalığı gibi nörolojik hastalıklarla beraber görülme sıklığının %4,3 ile %6,9 arasında yapılan araştırmalar sonucunda belirlenmiştir (18-23).

Kumar oynama bozukluğu yönünden ergenler, genç orta yaş grubunda yer alan yetişkinler, düşük eğitim seviyesine sahip olanlar, zenciler, travma öyküsü olanlar, psikopatoloji ve yüksek dürtüsellik ile dezavantajlı bölgelerde yaşayanların yüksek risk

grubunda yer aldıkları; ebeveyn kontrolü ve dine bağlılığın koruyucu etkisinin olduğu belirtilmektedir (24-27). Ayrıca duygusal yönden hassas, antisosyal ya da dürtüsel olarak şartlanmış grupların da patolojik kumar bağımlılığını deneyimleme ve geliştirme bakımından hassas oldukları, önemli mali sorunların, eşler arasında yaşanan sorunların ve kumarbazlarda yer alan kumarla ilgili irrasyonel düşüncelerin de patolojik kumar bağımlılığının gelişmesine katkıda bulunduğu ifade edilmektedir (28-30).

Kumar bağımlılığı ilgili yapılan araştırmalar sonucunda; kumar bağımlılığının depresyon ve takıntıları (31), yaygın anksiyete bozukluğunu (32), kişilik bozukluklarını (33) ve intihar girişimini tetikleyebileceği ve mevcut tabloyu daha da kötüleştirebileceği belirtilmektedir (34).

2.3. KUMAR OYNAMA BOZUKLUĞU TANI VE SINIFLANDIRMASI

Patolojik kumar oynama kavramı ilk olarak DSM-III, DSM-IV'te ve 10. Uluslararası Hastalıkların Tanımlanması (The International Classification of Diseases) ICD-10'da kullanılmıştır (35). DSM III ve DSM-IV'de patolojik kumar bağımlılığı dürtü kontrol bozuklukları sınıflandırması altında yer almaktayken, bu kavram DSM-5'de madde kullanım bozuklukları sınıflandırmasından ayrı şekilde maddeyle ilişkili olmayan bozukluklar sınıflandırması altında bir davranışsal bağımlılık olarak ilk defa kumar oynama bozukluğu tanımlanmıştır (5,36). Kumar oynama bozukluğuna madde kullanım bozukluğu ile ortak tanı kriterlerinden ziyade bu tanıya özgü tolerans ve yoksunlukla ilgili tanı kriterleri eklendi. Benzer şekilde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından kumar oynama bozukluğu için ICD-11'de bir bağımlılık bozukluğu olarak yeniden sınıflandırma yoluna gidilmiştir (37).

Kumar oynama bozukluğunun DSM-5'e göre tanı kriterleri şu şekildedir:

A) Bir yıl içerisinde klinik düzeyde bir sıkıntı ve işlevsel açıdan yetersiz kronik ve tekrarlayan sorunlu kumar oynama davranışını karşılayan, tanı kriterlerinden en az dördünün karşılanması gerekmektedir. Bu tanı kriterleri,

- İsteddiği coşkuya ulaşabilmek için giderek daha fazla para ile kumar oynama ihtiyacı duyulması,
- Kumar oynamayı bırakma ya da durdurma girişimleri sırasında huzursuzluk ve sıkıntı hissi,

- Kumar oynamayı denetim altına alma, bırakma ya da durdurma için tekrarlayan başarısız bırakma girişimleri,
- Sık sık kumarla ilgili zihinsel meşguliyet,
- Sıklıkla sıkıntı duyarken kumar oynama,
- Kaybettiklerini kazanma isteği ile oynama,
- Kumar oynadığını gizlemek için yalan söyleme,
- Kumar oynama nedeniyle önemli ilişki, eğitim ya da iş olanağını tehlikeye atma ya da kaybetme,
- Parasal kaynak olarak başkalarına bel bağlama,

B) Bu dönem manik dönem ile açıklanamaz (5).

Kumar oynamanın bağımlılığa dönüşmesinde davranış değişikliklerinin üç aşamada olduğu belirtilmektedir. Bu davranış değişiklikleri; sosyal kumar oynama, kişinin oynama davranışının kontrollü ve eğlence amaçlı olduğu davranış değişikliğini; problemli kumar oynama davranış değişikliğini, kişinin oynama davranışı üzerindeki kontrolünün azaldığı ve kayıpların öngörülemeyen davranış ve kumar oynama bozukluğu da kişinin oynama davranışı üzerinde kontrolünün olmadığı ve beklenmedik kayıpların olduğu davranış değişikliğini tanımlamaktadır (3).

Kumar oynama bozukluğu ile ilgili yapılan araştırmalar sonucunda, hastalardan %10-20'sinin tedavi aldığı bulunmuştur (7,38). Kumar oynama bozukluğu tanısı alan hastaların çoğunluğu tedavi başvurusunda bulunmamaktadır (6).

2.4. KUMAR OYNAMA BOZUKLUĞU ETİYOLOJİSİ

Duygusal yönden sorunları ile baş edemeyen kişilerin baş etme mekanizması olarak olumsuz ruh hallerinden kurtulmada ve antisosyal dürtüsel kişilerin de heyecan arayışı gibi kumarı pozitif bir pekiştirici olarak kullandıkları yapılan bir araştırma sonucunda belirlenmiştir (39). Ayrıca kumar oynama bozukluğunda, kumarla ilgili bilişsel çarpıtmaların, kumarla ilgili kumarbazın yanılgısı, kazanmaya ramak kala durumu ve kumarla ilgili olayların kontrol edilememesine rağmen sanki kontrol edilebiliyormuş bir algıya neden olan kontrol illüzyonu gibi hatalı bilişlerle ilgili olabileceği, bu hatalı bilişlerin insulayı da içerecek şekilde aşırma ile nörobiyolojik

yönden bağlantılı olduğu ve tedavi sürecinde bunların da değiştirilmesi gerektiği belirtilmektedir (29,40,41).

Toplum temelli yapılan çalışmalarda çevresel ve genetik faktörlerin kumar oynama bozukluğunda etkili olduğu ancak daha büyük örneklemli çalışmaların yapılmasının gerektiği bildirilmektedir (30). İki değişkenli biyometrik modelleme yöntemi kullanılarak yapılan araştırma sonucunda patolojik kumar bağımlılığında genetiğin %66 oranında ve çevresel faktörlerin %34 etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (42). Moleküler genetik çalışmalar sonucunda, kumar oynama bozukluğuna karşı hassasiyetin gelişiminde dopaminerjik ve serotonerjik genlerin etkili olduğu ileri sürülmektedir (43-45).

Kumar oynama bozukluğunun beyinde yer alan striatum, orbitofrontal korteks, anterior singulat korteks, insula, hipokampus, ve amigdala olmak üzere beynin frontostriatal ve limbik bölgelerinde meydana klinik gelen değişikliklerle ilişkili bulunmuş olup bu bölgelerin ödül ve heyecana karşı duyarlılık, kaybettiklerini geri kazanma davranışı, stresi yönetememe ve sosyal-duygusal sorunlarla ilgili oldukları belirtilmektedir (30).

2.5. KUMAR OYNAMA BOZUKLUĞUNUN TEDAVİSİ

Kumar oynama bozukluğunun tedavisinde; adsız kumarbazlar grubu, bilişsel terapiler, bilişsel davranışçı terapiler, motivasyonel terapi ve farmakolojik tedaviler kullanılmaktadır (30).

Kumar oynama bozukluğu ile birlikte eş tanılarının görülmemesi durumunda; bilişsel davranışçı terapi, motivasyonel görüşme, naltrexone ve adsız kumarbazlar grubunun tedavide kullanılabileceği; kumar oynama bozukluğu ile birlikte hastada ek tanılardan alkol kullanım bozukluğu ya da aile üyelerinden birisinde alkol kullanım bozukluğu öyküsü olması durumunda tedavide naltrexone ve bilişsel davranışçı terapinin motivasyonel görüşme ile birlikte ya da motivasyonel görüşme olmadan kullanılabileceği ve adsız kumarbazlar grubuna yönlendirme yapılabileceği; duygudurum bozukluklarından bipolar bozukluk olması durumunda tedavide, lityum ve duygu düzenleyicilerin kullanılabileceği ve bilişsel davranışçı terapinin motivasyonel görüşme ile birlikte ya da olmadan kullanılabileceği ve adsız kumarbazlar grubuna yönlendirme yapılabileceği, diğer duygu durum bozukluklarının olması durumunda tedavide; serotonin geri alım inhibitörleri ve bilişsel davranışçı terapinin motivasyonel görüşme ile

birlikte ya da motivasyonel görüşme olmadan kullanılabileceği ve tedavide adsız kumarbazlar grubuna yönlendirme yapılabileceği belirtilmektedir (26,46-49). Bu tedavilerin kumar sorunlarını azaltabileceği, bu tedavilerden en etkilisinin dört ile sekiz seans arası düzenlemek bilişsel davranışçı terapi olduğu ve adsız kumarbazlar grubuna katılma ile birlikte uygulanacak bilişsel davranışçı terapinin diğer tedavilere göre kumar oynama bozukluğunda, kumardan daha uzun süre uzak durmayı sağlayabileceği belirtilmektedir (50).

Kumar bağımlılığı ile mücadelede en önemli tedavi bileşeni olarak kumarın bir devlet politikası ele alınması ve buna yönelik düzenlemelerin yapılması gerektiği belirtilmektedir (3).

2.6. KUMAR OYNAMA BOZUKLUĞU VE DAMGALANMA İLİŞKİSİ

Damgalanma bir bireyin toplum tarafından itibarsız bir grup (kör, sağır, sakat, fahişe, bağımlı, eşcinsel vb.) içerisinde sınıflandırılmasını ve bu grubun üyesi olarak sahip olduğu zihinsel, fiziksel ve sosyal yetersizlikleri üzerinden utanılacak bir durumunun ya da diğer insanlardan herhangi bir farklılığının olması nedeniyle, suçlanmaya, aşağılanmaya, ayrımcılığa, gözden düşmeye, itibar kaybına ve dışlanmaya maruz kalmasına neden olabilen olumsuz sosyal tutum olarak tanımlanmaktadır (51). Damgalanma, sosyal olarak onaylanmamayı da ifade eder (52). Goffman'a (51) göre damgalanma karşısında kişiler damgalanmanın yarattığı hayal kırıklıkları ve sorunlarla mücadele edebilmek için hem kendilerine hem de topluma yönelik olarak çeşitli yöntemler kullanırlar. Bunlar arasında; damgalanmaya neden olan özelliklerini gizleme, damgalanan kişi ve guplardan uzak durma, kendini küçümseme, kendinden nefret etme, şüphecilik, depresyon, düşmanlık, kaygı, savunmacılık ve şaşkınlık yer almaktadır.

Damgalamanın temelinde olumsuz inançlar ve bunların sonucu meydana gelen önyargılar bulunmaktadır. Önyargılı davranışlar beraberinde kişilere karşı ayrımcılık ve dışlama davranışlarını oluşturur (53).

Ruhsal hastalığı olan, damgalanan bireyler ve aileleri tedavi olmak yerine evlerinde tecrit olarak yaşamayı tercih ederler. Bu sebeple damgalama ile mücadele etmek, hastalıklara yönelik tedaviler kadar önem arz etmekle birlikte, hastalar ve ailelerinin yaşam sürecini pozitif yönde etkilemektedir. Ruhsal hastalığı olan kişiler hem

hastalıkla ve hem de damgalanma ile mücadele etmek zorunda kalırlar. Damgalama; sosyal damgalama ve içselleştirilmiş damgalanma olarak ikiye ayrılır (54,55).

Quigley (56) tarafından yapılan araştırma sonucunda kumar oynama bozukluğunun en çok damgalanmaya maruz kalan ruh sağlığı sorunları arasında olduğu bildirilmiştir. Yapılan bir çalışmada, kumar oynama bozukluğu, madde kullanım bozukluğu ve alkol kullanım bozukluğu tanıılı hastalar arasında; kumar oynama bozukluğu tanıılı hastaların içselleştirilmiş damgalanmaya ait farkındalıklarının alkol ve madde bağımlısı gruplara nazaran daha az olduğu ve kumar oynama bozukluğundaki damgalanma ile alkol madde kullanım bozukluğu hastalarının damgalanma süreçlerinin benzer olduğu belirlenmiştir (57).

Damgalama ve ayrımcılığın bireylerin tedavi, arındırma ve sosyalleşme süreçlerinin önünde bulunan en büyük engel olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte, damgalamanın; ayrımcılığa öfke, utanç, suçluluk gibi olumsuz duygulara, bu olumsuz duyguların da, nökslere neden olabileceği öngörülmektedir (54). Ulusal düzeyde yapılan literatür taramasında, madde kullanım bozukluğu ve kumar oynama bozukluğu tanısı almış hastalarda damgalama ile ilgili yapılan yeterli sayıda çalışma olmadığı görülmektedir.

2.6.1. Sosyal damgalanma

Toplumsal ya da sosyal damgalanma; toplum tarafından belirli bir grubun sahip olduğu özelliklerine karşı, kalıp yargılar, ön yargılar ve ayrımcılık içeren inançlar temeline dayalı olarak gösterilen tahammülsüzce davranış ve tutumlardır (54). Örneğin psikiyatrik rahatsızlığı olan bireyler, tehlikeli olarak görülüyorlarsa, toplum tarafından bu bireylere karşı kaçınma davranışı gösterilmektedir (58). Bu nedenle hastalar çoğunlukla hastalığını gizleme çabasına girerler (59). Sosyal damgalanma kişide zamanla içselleştirilmiş damgalanmaya neden olur, bu da kişilerde tedavi arayışının ve özgüvenin azalmasına neden olmaktadır. Hastaların toplumsal olarak ayrımcılığa uğramaları içselleştirilmiş olarak damgalanma yaşamalarına neden olur (56).

2.6.2. İçselleştirilmiş Damgalanma

İçselleştirilmiş damgalanma; toplum tarafından bir grubun bireyelerine karşı sergilenen damgalayıcı tutum ve tepkilerin bireyler tarafından alınması, kendilerine karşı döndürmeleri ve bunları içselleştirmelerine verilen isimdir. Bu süreç, bireyin, içinde

bulunduğu toplumun olumsuz kalıp yargılarını kendisine yönelik olarak kabul etmesi ve bunun sonucunda da utanç, değersizlik vb. gibi olumsuz duygular hissetmesi, benlik saygısında, sosyal girişkenlik ve yaşam kalitesinde azalma, gizlilik ve kendisini toplumdan izole ederek geri çekilmesi ile sonuçlanabilir. Sosyal damgalamanın içselleştirilmesi, kişinin ciddi şekilde örselenmesine sebep olmaktadır (54). Kendini damgalama süreci, kişiye bir ruhsal hastalık tanısı konması ile başlar (60). Bir psikiyatri kliniğindeki hastaların bağımlı olarak etiketlenmiş olmasının, damgalanmış olma algısı ile ilişkili olduğu ifade edilmiştir (15).

Kumar Oynama Bozukluğu tanısı alan bireylerde, sosyal damgalamanın içselleştirilmesi ile ilgili literatürde çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Damgalanmanın, kumar oynama bozukluğu tanısı alan hastalarda psikolojik sağlık, yardım arama davranışı, tedavi ve iyileşme açısından olumsuz bir etken olduğu ve bu alanda yeni çalışmaların yapılması gerektiği belirtilmektedir (61).

Kumar bağımlıları alkol ve madde bağımlılığı gruplarına göre içselleştirilmiş damgalanmalarının daha az farkındadırlar (57). İçselleştirilmiş damgalanma hastaların yaşadığı utancın ve hastalıklarının saklanma ihtiyacının artmasına; tedavi arayışının, özgüvenin, özyeterliliklerinin, algıladıkları sosyal değer, ruhsal ve fiziksel sağlıkları ile tedavi motivasyonlarının azalmasına neden olmaktadır (62). Hastalar yaşadıkları içselleştirilmiş damgalanma nedeniyle baş etme mekanizması olarak hastalıklarını gizleme, tedavi arayışında bulunmama ve hastalıklarını ifşa etmemeyi tercih etmektedirler (63).

2.7. KUMAR OYNAMA BOZUKLUĞU VE SOSYAL DESTEK İLİŞKİSİ

Lepore, Evans ve Schneider'e (64) göre, sosyal destek; bireylerin sevildikleri, yardım aldıkları, kendilerini güvende gördükleri ve tehlikelere karşı korunduklarına inanç besledikleri toplumsal ağ ve bütünlüğe yönelik bağlılık duymaları ile birlikte kendilerini o toplumsal yapının bir unsuru olarak hissetmeleridir.

Ailenin bireylerde sosyal destek sağlama gibi bir fonksiyonunun olduğu belirtilmektedir. Sosyal desteğin de fiziksel, psikolojik ve sosyal yardım içermesi gerektiğini ifade etmektedir. Fiziksel ve psikolojik yardım; sevgi, sadakat, güven, benlik saygısı ve bir birlikteliğe ait olma temel gereksiniminin karşılanmasıdır (65).

Bağımlı bireyin tedavisinin başarılı bir şekilde devam etmesini sağlayan en önemli unsurlardan birisinin de sosyal desteğin güçlü olmasına bağlı olduğu belirtilmektedir (66). Birtel ve ark. yaptığı çalışmada, sosyal destek düzeyi ile içselleştirilmiş damgalanma arasında negatif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (67).

Ruhsal hastalığı olan bireyler, toplum tarafından hasta olarak atfedildikten sonra, toplum tarafından o kişiye karşı onu kabul etmeme, dışlama eğilimleri; özellikle kişisel yakınlık kurmak istememe, sosyal gruplara alınmama gibi durumlarla birlikte o kişi ile iletişimi koparma durumları meydana gelmektedir (68-81) Damgalanma ve ayrımcılığa maruz kalmış bu kişiler iş bulmada, okul ve iş yaşamında, arkadaş ve komşuluk bağları kurmada önemli sorunlar yaşamaktadırlar. Toplum tarafından gösterilen tüm bu soyutlayıcı ve dışlayıcı tutumlar, hastaların hastalık karşısında almaları gereken sosyal desteğin azalmasına neden olmakla birlikte, tedavi sürecinin de olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır (82).

Kumar oynama bozukluğu tanısı alan kişilerde psikolojik tedavileri bırakmanın nedenlerini inceleyen 12 çalışmanın değerlendirildiği bir derleme çalışmasında; tedaviyi bırakma ile ilgili faktörlerin; stresli yaşam olayları, işsizlik, ileri yaş, kumara erken başlama yaşı, kumara ayrılan zaman, kumar oynama davranışının süresi, kumar oynama nedeniyle daha az borç altında olma, artmış dürtüsellik seviyesi, zayıf sosyal destek düzeyi, komorbid depresyon ve anksiyete birlikteliği ile alkol-madde kullanımının olduğu bildirilmiştir (11).

Weinstock ve Petry (83) tarafından yapılan araştırmada, üniversite öğrencilerinden patolojik kumar bağımlısı tanısı alanlarda, patolojik kumar bağımlılığı tanısı almayanlara göre algılanan sosyal desteğin daha az olduğunun tespit edildiği belirtilmektedir. Ayrıca araştırma neticesinde psikolojik olarak erişilebilir bir sosyal desteğe sahip olmanın patolojik kumar oynama davranışını azaltabileceği ve genel nüfusa yönelik olarak da sosyal desteğin artırılmasının müdahale girişimlerinde etkili olacağı ifade edilmektedir. Zayıf sosyal destek, bağımlılık bozukluklarının gelişmesine katkıda bulunan bir faktördür ancak patolojik kumarbazlarda nadiren değerlendirilmiştir. Çalışmada, patolojik kumarbazlarda sosyal destek ve bunun tedavi sonuçlarıyla ilişki incelenmiştir. Başlangıçtaki düşük sosyal destek, artan kumar şiddeti, aile sorunları, psikiyatrik sorunlar ve tedavi sonrası daha kötü sonuçlarla ilişkiliydi. Ayrıca, tedavi sonrası değerlendirilen sosyal destek, 12 aylık takipte kumar sorunlarının ciddiyeti ile

anlamlı düzeyde ilişkiliydi. Bu bulgular, sosyal desteğin etkili tedavi sonuçlarının elde edilmesinde önemli bir rol oynadığını ve sosyal desteğin artırılmasının etkili kumar tedavilerinin önemli bir unsuru olabileceğini göstermiştir.

Petry ve Weiss (84) tarafından yapılan başka bir araştırmada da yalnızca adsız kumarbazlar grubuna yönlendirilenlerle, hem adsız kumarbazlar grubuna hem de grupla bilişsel davranışçı terapi uygulanan toplamda 231 hastanın karşılaştırılması sonucunda yaşamları boyunca yüksek seviyede sosyal desteğe sahip olanların, olmayanlara göre daha az psikiyatrik sorunlar yaşadığı, daha az düzeyde sosyal desteğe sahip olanların daha az arkadaşının olduğu, bir önceki ay içerisinde anneleri, eşleri ve iş arkadaşlarıyla ciddi iletişim sorunları yaşadıkları bildirilmektedir.

Penfold ve Ogden (85) tarafından sosyal destek ve aidiyetin kumar bağımlılığının tedavisinde yordayıcı etkisinin olup olmadığı ile ilgili yapılan bir araştırma sonucunda; araştırmada yer alan katılımcıların bir sosyal destek mekanizması olarak görev yapan adsız kumarbazlar grubuna üyeliklerinin bulunması durumunun ve bu üyeliğin uzun süreli olmasının, kumarın tedavisinde önemli derecede etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu gruba üyelik ve üyelik sürenin uzunluğu katılımcılarda daha düşük kumar dürtüsüne ve sağlanan sosyal destek aracılığı ile de daha yüksek yaşam kalitesinin oluşturulmasına olanak sağlamıştır.

2.8. KUMAR OYNAMA BOZUKLUĞU VE DEPRESYON İLİŞKİSİ

Depresyon, depresif ruh hali, ilgi veya zevk kaybı, enerji azalması, suçluluk veya düşük öz değer duygusu, uyku bozukluğu veya iştah ve konsantrasyon zayıflığı tablosu ile seyreden yaygın bir zihinsel bozukluktur (5). 2023 yılı DSÖ raporuna göre dünya genelinde depresyonun görülme oranı %5, erkeklerde bu oran %4 ve kadınlarda ise bu oranın %6 seviyesinde olduğu, yaklaşık 280 milyon kişinin depresyon hastası olduğu ve her yıl 700 binden fazla kişinin intihar nedeniyle öldüğü rapor edilmektedir (17).

Kumar oynamaya başlama ile ilgili yapılan bir araştırma sonucunda; kadınların kumar oynamaya başlamadan önce depresyon ve anksiyete yaşamış olmalarının kumar oynama bozukluğunun gelişimi için bir risk faktörü olduğu, erkeklerde ise kumar oynama bozukluğu başladıktan sonra depresyon ve intihar girişiminin olduğu belirtilmektedir (86).

Kumar oynama bozukluğu hastalarında depresyon ek tanısının varlığı ile ilgili yapılan araştırmalar sonucunda, kumar oynama bozukluğu hastalarının çoğunda depresyon ek tanısı saptanmıştır (18,87,88). Kumar oynama bozukluğu hastalarında yapılan başka bir araştırma sonucunda ise %32,4 oranında majör depresyon ek tanısı saptanmış, kumar oynama bozukluğu hastalarının değerlendirilmesinde ve tedavisinde depresyon ek tanısının dikkate alınması gerektiği belirtilmiştir (89).

Toplum tarafından gösterilen sosyal damgalanmanın kişide zamanla içselleştirilmesi önemli seviyede örselenme hali oluşturmaktadır. Yaşanılan bu duruma bağlı olarak kişide; depresif semptomlar ve tükenmişlik durumu görülmektedir (54). Goffman'a (51) göre damgalanmanın sonuçları arasında kendini küçümseme, kendinden nefret etme, şüphecilik, depresyon, düşmanlık, kaygı, savunmacılık ve şaşkınlık yer almaktadır.

Damgalanmayı daha çok hisseden hastaların, sosyal destek yönünden kendilerini dışlanmış hissedebileceği, eleştirilebilecekleri korkusunu ve kaygısını daha çok yaşayabilecekleri ve en sonunda depresif bir sürece girebilecek kişilere dönüşebilecekleri belirtilmektedir (90).

Depresyonun tedavi motivasyonuna etkisini inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar görülmektedir. Kumar oynama bozukluğu ve komorbid depresyon tanısı alan hastaların depresif duygudurum, letarji, umutsuzluk hissi, ilgi ve motivasyon azlığı nedeniyle sağaltımı terk etme açısından yüksek risk altında bulundukları belirtilmektedir (91-95). Kumar oynama bozukluğu tanısı alan hastalar arasında sağaltıma başvurma nedenlerinin araştırıldığı çalışmalarda kumar oynama sonrası para kaybına bağlı gelişen depresyon tanısının en önemli başvuru motivasyonu olduğu tespit edilmiştir (96,8). Kumar oynama bozukluğu tanısı alan kişiler, bazen intihar girişimlerinde bulunabilirler. Bu durum; psikiyatri hastanelerinde yapılan gözlem sonrasında, kumar oynama bozukluğu tanısına bağlı olarak gelişen duygusal sorunların yarattığı etkilerle açıklanmaktadır (97).

Kumar oynama bozukluğu hastalarında değişime hazır olmada kolaylaştırıcı faktörlerin belirlenmesine yönelik olarak yapılan araştırma sonucunda; depresif duygulanım ve sosyal desteğin yoksunluk durumunda özyeterliliğe katkı sağladığı, duygusal desteğin tek başına değişim motivasyonuna etkisinin olduğu, depresif

duygulanımın, duygusal farkındalık ile birlikte adsız kumarbazlar grubuna dahil olmanın hastaların değişime hazır olma motivasyonlarını arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (98).

2.9. KUMAR OYNAMA BOZUKLUĞU VE ANKSİYETE İLİŞKİSİ

Kaygı, olmak üzere olan ya da gelecekte olabilecek olaylar hakkında endişelendiğimizde, huzursuz olduğumuzda veya korktuğumuzda ortaya çıkabilir (99). Algılanan tehditlerle ilgili kaygı, çoğu insanın yaşadığı doğal bir insan tepkisi olsa da bu tür düşünceler kişinin günlük yaşamını olumsuz etkilemeye başlarsa, bu durum anksiyete bozukluğunun bir işareti olabilir. Anksiyete bozukluklarının, bir kişinin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebildiği, sosyal mesleki işlev bozukluğuna, diğer rahatsızlıklarla birlikte ek tanı alınmasına ve artmış intihar riski durumları ile de ilişkili olmada bir etken olabilecekleri belirtilmiştir (100). Dünya genelinde yaklaşık 301 milyon kişinin anksiyete bozukluğu tanısı aldığı ve bunlardan yalnızca %27,6'sının tedavi aldığı rapor edilmiştir (101).

Kumar oynama bozukluğu hastalarında anksiyete ek tanısı ile ilgili yapılan bir araştırma sonucunda, kumar oynama bozukluğu hastalarının çoğunda anksiyete ek tanısı saptanmıştır (8,18,87). Kumar oynama bozukluğu hastaları ile ilgili yapılan başka bir çalışmada uygulanan regresyon modeli sonucunda; kumar oynama bozukluğunda depresyon ve kaygının önemli bir yordayıcı olduğu saptanmıştır (102).

Kişinin can sıkıntısı hissetmesi, stresli, kaygılı ve çökkün ruh halinde olması, kişiyi kumar oynama davranışlarının üzerinde düşünmesine neden olur ve kumar oynama davranışını bırakması yönünde istekli kılar (103).

Psikiyatristler, kumar oynama bozukluğu olan hastaların değişim yönündeki duygusal motivasyonlarını; ağrı, acı çekme, kaygı, korku, pişmanlık ve suçluluk duygusu olarak tanımlamışlardır. Hastaların para kaybettiklerinde; negatif duygularının derinleştiği ve ailelerinin baskısıyla tedavi arama davranışı içerisine girdiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca kumar sorunu olan kişilerde; uyku bozuklukları, uykusuzluk, çarpıntı, göğüste sıkışma ve anksiyete gibi nevrotik belirtiler ile sırt ağrısı gibi çeşitli bedensel rahatsızlıkların varlığından da bahsedilmektedir (97). Haw ve ark. (88), yaptıkları bir araştırma sonucunda; hayatlarının bir noktasında %81 oranında kaygı bozukluğu deneyimleyen kumar oynama bozukluğu hastalarının, tedavi arama sürecinde daha yüksek oranlarda kaygı bozukluğu deneyimledikleri bulunmuştur.

2.10. KUMAR OYNAMA BOZUKLUĞU VE TEDAVİ MOTİVASYONU İLİŞKİSİ

Tedavi motivasyonu bağımlılık tedavisinde ilgi çeken bir konu olmakla birlikte kendine has dönemlerle var olan bir süreçtir (104,105). Tedavi motivasyonunun yetersiz olması tedavinin yarıda bırakılmasına, tamamlanamamasına ve nükse neden olmakla birlikte tedavinin olumsuz şekilde sonuçlanmasında bildirilen en yoğun sebeplerden birisidir (13). Tedaviye devam etme ve tedaviye uyum sağlama, tedavi sırasında oluşan motivasyonel değişikliklerle kuvvetli bir ilişki içerisindedir (106,107). Tedavi öncesinde hastanın yardım arama kararı alması ile yardımı kabul etmesi birbirinden farklıdır ve tedavi programıyla ilişkili faktörler tedaviye katılım gösterme ve tedaviyi bırakmada önemli rol üstlenmektedir (108).

Tedavi motivasyonu ikiye ayrılmaktadır: Bunlar; içsel motivasyon (acı çekmek istememe, güvenlik ve başarıma ihtiyacı, suçluluk, içselleştirilmiş damgalanma, depresyon, anksiyete, kararlılık ve değişime hazır olma) ve dışsal motivasyondur (algılanan sosyal destek; eşler, aile, çocuklar arkadaş, özel bir insan, sağlık çalışanlarından; maddi sorunlar, yasal yönlendirme vb.). Bunların bir araya gelerek tedavi motivasyonu üzerine etkili olduğu belirtilmektedir (109).

Toplumsal damgalanma ile birlikte uygulanan ayrımcılığın kişi tarafından algılanması ve sonrasında bunun içselleştirilmesinin, içselleştirilmiş damgalanmaya neden olduğu, kişide meydana gelen utancın artmasıyla, tedavi arayışı ve tedavi motivasyonunun azaldığı, kişinin özgüveninin, özyeterliliğinin, algıladığı sosyal değer düşüğü, ruhsal, fiziksel sağlığının olumsuz yönde etkilendiği ve kişinin hastalığını gizleme ihtiyacı içerisine girerek yaşamış olduğu içselleştirilmiş damgalanmayla mücadele edebilmek için baş etme mekanizması olarak bilişsel mesafe koymayı kullandığı ya da rahatsızlığını saklama ihtiyacı içerisine girdiği tespit edilmiştir (110).

Ruhsal hastalığı olan bireyler tedavi sonucunda damgalanmaya bağlı olarak etiketlenilebilecek olmalarının verdiği korkuyla, tedavi arama davranışına girmemeyi seçebilmektedirler. Bu nedenle, tüm dünyada damgalanma tedaviye katılım oranlarının düşüklüğü ile sonuçlanan, toplum sağlığını ilgilendiren ciddiye alınması gereken bir problem haline gelmiştir (12).

Tedavi motivasyonu; ister farmakolojik yaklaşım olsun, ister de psikoterapötik yaklaşım olsun tedaviden fayda görmenin en önemli belirleyicisidir. Hastaların

tedavilerini tamamlayamaması, hastalığın nükslerle beraber devam etmesi ve tedavi seyrinin olumsuz yöne evrilmesinin en yoğun sebeplerinden birisi de tedavi motivasyonunun istenilen seviyeye ulaşamamasıdır (13).

Bir işte çalışmanın madde bağımlılarında tedavi motivasyonunu arttırdığı ve yüksek gelir seviyesine sahip olanlarda tedavi arayışının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (111). Başka bir çalışma sonucunda da ebeveynlerin çocuklarının tedavi olacaklarına yönelik sahip oldukları motivasyondaki artışın, çocuklarının algıladıkları sosyal desteğin ve tedavi motivasyonlarının artışına olumlu etkisinin olduğu saptanmıştır (112).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN DESENİ

Araştırma kesitsel ve tanımlayıcı desenli nicel bir araştırma olarak planlanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; içselleştirilmiş damgalanma, algılanan sosyal destek, depresyon ve anksiyete seviyeleri ve bağımlı değişkeni ise tedavi motivasyonudur.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ, ÖRNEKLEME TEKNİĞİ VE HESABI

Araştırmanın evreni, araştırmanın yapılacağı BADEM ve DANTE birimlerine 01.04.2021 ile 31.12.2021 tarihleri arasında Kumar Oynama Bozukluğu tanısı alarak başvuran yeni hasta sayısı esas alınarak, araştırmanın yapılacağı 01.04.2022 ile 31.12.2022 tarihleri arası içinde benzer sayıda hastanın başvuracağı öngörülerek belirlenmiştir. Bu kapsamda araştırmanın evrenini 275 yeni hasta oluşturmaktadır. Belirlenen örneklem, tesadüfi örneklem alt tiplerinden olan basit rastgele örneklem yöntemi ile çalışmanın kriterlerini karşılayan gönüllü hastaların ardışık olarak çalışmaya alınması sureti ile gerçekleştirilecektir. Popülasyondaki eleman sayısının bilinmesi durumunda örneklem hesabında kullanılması önerilen Krejcie ve Morgan (113) tarafından geliştirilen aşağıda yer alan şu denklem kullanılmıştır:

$$\frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

Denklemden kullanılan simgeler,

n: Örneklem büyüklüğü,

N: Evren büyüklüğü,

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde t tablosuna göre bulunan teorik değer,

p: İncelenen olayın gerçekleşme olasılığı,

q: İncelenen olayın gerçekleşmeme olasılığı,

d: Hata payı, anlamlarını ifade etmektedir.

Araştırmanın %95 güven aralığında ve 0,05 örnekleme hatası ile teorik t değeri 1,96'ya denk gelmektedir. Araştırma verileri denklem 1'de yerine konulduğunda,

$$n = \frac{275 \times 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,05^2 \times (275 - 1) + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5} \quad n = \frac{264,11}{1,6454} = 160,5141$$

Basit rastgele örnekleme formülüne göre %95 güven aralığı ve 0,05 hata payına sahip olmak üzere, evren büyüklüğü 275 olan araştırmalarda örneklem sayısının en az 161 olması gerekmektedir. Horch ve Hodgins (114) tarafından içselleştirilmiş damgalanma ve kumar oynama bozukluğunda tedavi arayışı konulu çalışmada da örnekleme 155 hasta alınmıştır. G-power analizinde de istatistiksel test olarak “Linear multiple regression: Fixed model, R² deviation from zero” seçilmiş, orta etki boyuna karşılık gelen 0.15 seçilmiştir. Çalışmanın tip I hata oranı 0.05, gücü 0.90, yordayıcı sayısı da 12 olarak giriş yapılmış, toplam örneklem sayısı 157 olarak tespit edilmiştir. Çalışmanın örneklemini olan 165 kişi bu sayıyı karşılamaktadır. Araştırma için belirlenen örneklem sayısı literatürle de uyumludur. Araştırma verileri; BADEM ve DANTE birimlerine yeni başvuran, psikiyatrik muayene sonrasında kumar oynama bozukluğu tanısı alan ve danışmanlık görüşmesine yönlendirilen hastalardan ilk görüşme öncesinde toplanacaktır. Bu kapsamda 01.04.2022-31.12.2022 arasında ardışık olarak başvuran 170 katılımcıya ulaşılmıştır. Katılımcılardan ikisinin kadın olması, birinin ölçek maddelerini eksik doldurması, birinin alkol kullanım bozukluğu ve birinin de madde kullanım bozukluğu eş tanısı nedeniyle çıkarılması sonrasında kalan 165 hasta ile çalışma yürütülmüştür.

3.4. ARAŞTIRMAYA ALINMA VE DIŞLANMA KRİTERLERİ

Araştırmaya Alınma Ölçütleri

- Psikiyatrist tarafından yapılan değerlendirmeler sonrasında Dsm-5 tanı kriterlerine göre Kumar Oynama Bozukluğu tanısı almış olmak,

- İlk görüşme öncesi ölçekleri doldurmak,
- 18-65 yaş arasında erkek olmak,
- En az ilkokul mezunu olmak,
- Bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu imzalamış olmak.

Araştırmadan dışlanma ölçütleri:

- Psikiyatrist tarafından yapılan değerlendirmeler sonrasında psikiyatrik hastalık (psikotik bozukluk, bipolar bozukluk vb) eş tanısı almış olmak,
- Mental Retardasyon tanısı almış olmak,
- Alkol, Madde Kullanım Bozukluğu tanısı almış olmak,
- Nörolojik bir rahatsızlığa sahip olmak,
- İletişime engel olacak düzeyde görme, işitme ve bilişsel kaybı olmak,
- Ölçekleri eksik doldurmak.

3.5. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER

3.5.1. Demografik Bilgi Formu

Demografik bilgi formu, araştırmanın kapsamı ile ilgili araştırmaya katılan kişilerin yaş, eğitim, kumar oynamaya başlama yaşı, toplam kumar oynama süresi, kumar oynama sıklığı, anne-babanın sağ olma durumu, anne-baba birlikte yaşama durumu, anne-baba eğitim seviyesi, çalışma durumu ve şekli, gelir düzeyi, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, kiminle birlikte yaşandığı, ayaktan-yatarak tedavi öyküsü ve adli öykü durumu gibi kumar oynama davranışı ve klinik özellikler ile ilgili demografik bilgileri elde edebilmek amacıyla araştırmacı tarafından literatür bağlamında oluşturulmuştur. Demografik bilgi formu Ek-3’de verilmiştir.

3.5.2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği, Ritscher ve ark. (115) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Ersoy ve Varan (60) tarafından yapılmıştır. İçsel damgalamayı ölçen 29 maddeden oluşan öz-bildirim şeklinde

4'lü likert tipi bir ölçektir. 1-aynı fikirde değilim ile 4-kesinlikle aynı fikirdeyim arasında ifadeler içermektedir. Ölçeğin beş alt boyutu bulunmaktadır. Ölçek Ek-4'te verilmiştir.

Ölçeğin alt boyutları; yabancılaşıma (1, 5, 8, 16, 17 ve 21. maddeler), kalıp yargıların onaylanması (2, 6, 10, 18, 19, 23 ve 29. maddeler), algılanan ayrımcılık (3, 15, 22, 25 ve 28. maddeler), sosyal geri çekilme (4, 9, 11, 12, 13 ve 20. maddeler) ve damgalanmaya karşı dirençtir (7, 14, 24, 26 ve 27. maddeler). Ölçekten alınan puanlar 4 ile 91 puan arasındadır. Ölçeğin son beş maddesinden alınan puanlar ters kodlanır ve ölçeğin diğer maddelerinden alınan puanlarla toplanmak suretiyle ölçek toplam puanı elde edilir. Ölçeğin alt boyutlarına ve tamamına ait iç tutarlılık katsayıları sırasıyla yabancılaşıma için 0,84, kalıp yargıların onaylanması için 0,71, algılanan ayrımcılık için 0,87, sosyal geri çekilme için 0,85, damgalanmaya karşı direnç için 0,63 ve ölçeğin tamamı için de 0,93 olarak bulunmuştur (60). Ölçekten alınan yüksek puanlar kişinin damgalanmasının olumsuz yönde şiddetli olduğunu göstermektedir. Ölçeğin kesme puanı bulunmamaktadır.

Sukut (116) tarafından “madde bağımlılarında içselleştirilmiş damgalanma” isimli çalışmada yapılan pilot çalışma sonrasında ölçeğin anlaşılmasında (hastaların ruhsal hastalıklar ve madde bağımlılığı algılarının farklı olması nedeniyle) zorluklar yaşandığı belirtilmektedir. İlgili çalışmada, Luamo ve ark. (117) çalışması doğrultusunda “ruhsal hastalık” kavramı yerine “madde bağımlılığı/kullanımı” kavramı kullanılarak ölçeğin kullanıldığı bildirilmektedir. Ersoy ve Varan (60) tarafından Türkçeye yapılan uyarlama çalışmasında güvenirlik katsayısı 0,93 bulunmuşken, Sukut (116) tarafından yapılmış olan çalışmada ise, güvenirlik katsayısının 0,84 olarak tespit edildiği bildirilmiştir. Akdağ ve ark. (118) tarafından yapılan “opiyat kullanım bozukluğu hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ile tedavi motivasyonu, algılanan sosyal destek, depresyon ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişki” konulu makale çalışmasında içselleştirilmiş damgalanmayı ölçmek için Türkçeye geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin kullanıldığı görülmektedir.

Ülkemizde kumar oynama bozukluğu grubunda Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin kullanıldığı bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Dolayısıyla karşılaştırma yapılabilmesi için yabancı literatür taranmıştır. Luamo ve ark. (117) tarafından yapılan araştırmada “ruhsal hastalıklar” kavramı yerine “madde

bağımlılığı” kavramı kullanılarak ölçeğin uygulandığı görülmektedir. Ritscher ve ark. (115) da, ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeğindeki ruhsal hastalık kavramından daha çok madde kullanımına odaklanmak için madde bağımlılığı kavramını kullanmıştır. Orijinal ölçeğin güvenirlik katsayısı 0,90 olarak bulunmuştur. Luamo ve ark. (117) tarafından yapılan çalışmada, ölçeğin güvenirlik katsayıları alt boyutları için 0,82 ve ölçeğin tamamı içinse 0,92 olarak bulunmuştur. Park ve ark. (119) tarafından yapılan “Ruhsal bozukluğu olan kişilerde kendini damgalamanın benlik saygısı üzerine etkisi” konulu çalışmada; 116 şizofreni, 102 alkol kullanım bozukluğu ve 103 kumar oynama bozukluğu hastalarından oluşan üç grup karşılaştırılmış ve bu çalışmada ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin Koreceye uyarlanmış versiyonu, üç grubun karşılaştırılmasında kullanılmıştır. Yapılan çalışmada ölçeğin güvenirlik katsayısının ölçeğin tamamı için 0,93 olduğu bildirilmiştir. Gavriel ve Rabayov (57) tarafından yapılan “kumar oynama bozukluğu ile alkol ve madde kullanım bozukluğu hastalarının içselleştirilmiş damgalanmaları arasındaki benzerlikler ve farklılıklar adlı çalışmada kumar, alkol ve uyuşturucu bağımlıları için Türkiye uyarlaması olmayan Corrigan ve ark. (120) tarafından yapılan ruhsal hastalıklarda damgalanma ölçeğinin kısa formunun kullanıldığı ve bu ölçekte yer alan ruhsal hastalık teriminin her grup için kumar, alkol ve uyuşturucu kavramlarıyla değiştirilerek ölçeğin uygulandığı bildirilmektedir.

Kumar oynama bozukluğunun ruhsal bir bozukluk olduğu birçok çalışmada bildirilmektedir. Madde kullanım bozuklukları ile kumar oynama bozukluğu arasında birçok benzerliğin olduğu ifade edilmektedir. Kumar oynama bozukluğunun bir bağımlılık davranışı olduğu, temelinde kişinin kendi davranışlarını kontrol edememesinin olduğu belirtilerek, bağımlılık kategorisi içerisinde bir ruhsal bozukluk olarak ele alınmaktadır (5,37). Bu araştırmada, Ritscher ve ark. (115) tarafından geliştirilen Ersoy ve Varan (60) tarafından Türkçeye uyarlaması yapılan Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği kullanılmıştır. Tüm bu açıklamalar doğrultusunda bazı çalışmalarda ruhsal hastalık kavramının kullanıldığı, bazı çalışmalarda ise ruhsal hastalık kavramının hastalarca yanlış anlaşılabilir olması olasılığı nedeniyle yanıltıcı sonuçlar çıkarabileceği düşüncesinden hareketle bu kavramın yerine kumar oynama bozukluğu kavramı getirilerek ölçek yapısı bozulmadan kullanıldığı görülmektedir. Literatürde, Türkçeye uyarlaması yapılmış kumar oynama bozukluğunda içselleştirilmiş damgalanmayı ölçmede kullanılabilecek başka bir ölçek bulunmamaktadır. Bu nedenle bu çalışmada da literatürdeki benzer çalışmalar doğrultusunda; ruhsal hastalık kavramının

hastalar tarafından yanlış anlaşılabilmesinin sorun oluşturabileceği düşüncesinden hareketle; “ruhsal hastalık/akıl hastalığı” kavramı yerine “kumar oynama bozukluğu” kavramı getirilerek ölçek kullanıldı ve güvenilir olduğunun gösterilmesi için ölçeğe ait alt boyutların ve ölçeğin tamamına ait iç tutarlılık katsayıları hesaplandı.

3.5.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Ölçek, Zimet ve ark. (121) tarafından geliştirilmiş, Eker ve ark. (122) tarafından Türkçeye geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin alt boyutlarına ait iç tutarlılık katsayıları sırasıyla; aile için 0,83, arkadaş için 0,84, özel bir insan için 0,88 ve ölçeğin tamamı için de 0,86 olarak bulunmuştur. Ölçek 12 maddeden oluşmaktadır ve 7’li likert tipindedir. 1- kesinlikle hayır ile 7-kesinlikle evet arasında ifadeler içermektedir. Ölçeğin alt boyutları; aile (3,4, 8, 11 maddeler), arkadaş (6, 7, 9 ve 12. maddeler) ve özel bir insan (1, 2, 5 ve 10. maddeler) olup, her alt boyut dört maddeden oluşmaktadır. Ölçek Ek-5’te yer almaktadır. Tüm alt boyutlardaki dört maddeden alınan puanların toplanmasıyla alt boyut puanı ve tüm alt boyutlardan alınan puanların toplanmasının sonucu ise tüm ölçekten alınan toplam puanı vermektedir. Ölçeğin puanlaması 12 ile 84 puan arasındadır. Ölçekten alınan puanın yüksekliği, algılanan sosyal desteğin de yüksek olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçeğin kesme puanı bulunmamaktadır (122).

3.5.4. Beck Depresyon Envanteri

Beck depresyon envanteri, depresyonda yaşanan fiziksel, duygusal, bilişsel ve motivasyonel semptomları ölçer. Ölçeğe ait form Ek-6’dadır. Beck ve ark. (123) tarafından geliştirilmiştir. Hisli (124) tarafından Türkçe versiyonuna ilişkin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçek 21 maddeden oluşmakta ve her soruya 4’li likert soru tipinde 0-3 arası puan verilmektedir. Ölçeğin puanlanması 0-63 puan arasındadır. Ölçek puanlaması hastalık şiddetine göre; 0-9 puan minimal, 10-16 puan hafif, 17-29 puan orta ve 30-63 puan şiddetli seviyede depresyonun varlığına işaret etmektedir. Ölçeğin kesme puanı değeri 17 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0,80 olarak tespit edilmiştir.

3.5.5. Beck Anksiyete Envanteri

Beck Anksiyete Envanteri, Beck ve ark. (125) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve ark. (126) tarafından yapılmıştır. Ölçek formu

Ek-7’de bulunmaktadır. Bireylerin yaşadığı kaygı belirtilerinin sıklığını belirlemede kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek 21 maddeden oluşmakta ve her soruya 4’li likert soru tipinde 0-3 arası puan verilmektedir. Ölçeğin puanlanması 0-63 puan arasındadır. Ölçek puanlaması hastalık şiddetine göre; 8-15 puan hafif, 16-25 puan orta ve 26-63 puan şiddetli seviyede anksiyetenin varlığına işaret etmektedir. Ölçeğin güvenirlik katsayısı 0.91 olarak tespit edilmiştir.

3.5.6. Tedavi Motivasyonu Anketi

Tedavi Motivasyon Anketi, her vakanın alkol/madde kullanım bozukluğu tedavisine katılma ve bu tedaviyi sürdürme nedenlerini ölçen 26 maddelik bir öz bildirim anketidir. Faktör analizleri, anketin içsel motivasyon (1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 15, 20 ve 23. maddeler), dışsal motivasyon (3, 6, 10 ve 12. maddeler), kişiler arası yardım arama (17, 18, 19, 22, 25 ve 26. maddeler) ve tedaviye güven (13, 14, 16, 21 ve 24. maddeler) adlı dört tanımlanabilir boyuta sahip olduğunu göstermektedir. Ölçek Ek-8’de verilmiştir. Ryan ve ark. (13) tarafından geliştirilen tedavi motivasyonu anketinin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Evren ve ark. (127) tarafından yapılmıştır. Ölçek 5’li likert tipinde olup, ölçeğin puanlaması 26 ile 130 puan arasındadır. Literatürde, Türkçeye uyarlaması yapılmış kumar oynama bozukluğunda tedavi motivasyonunu ölçmede kullanılabilecek başka bir ölçek bulunmamaktadır. Türkiye’de kumar oynama bozukluğu grubunda tedavi motivasyonu anketinin kullanıldığı bir araştırma bulunmaktadır ve ölçeğin 16. maddesinde yer alan “içmeyi” kavramının yerine “kumarı” kavramı getirilerek ölçek kullanılmıştır (128). Bu kapsamda, bu çalışmada da literatürdeki gibi ölçek bu şekilde kullanıldı ve ölçeğin bu çalışmadaki kumar oynama bozukluğu örnekleminde güvenilir olduğunun gösterilmesi için de ölçeğin alt boyutları ve tamamı için iç tutarlılık katsayıları hesaplandı. İçsel (acı çekmek istememek, güvenlik, başarı ve tedavi olma isteği gibi psikolojik ihtiyaçlar) ve dışsal motivasyon (sosyal destek, ailevi ya da yasal zorlama ile tedaviye yönlendirme gibi) kaynaklarının bir araya gelerek tedavi motivasyonunu oluşturduğu bildirilmektedir. İçsel motivasyonun kişinin kendi özerkliğine, kendisi tarafından oluşturulan amaç ve davranışlarına göre düzenlendiği ve dışsal motivasyonun da kişinin dışındaki arkadaşlar, doktorlar ve reşit olmayanlar kişiler için ebeveynleri tarafından verilen geri bildirimler aracılığı ile oluştuğu belirtilmektedir. Ölçeğin güvenirlik katsayıları sırasıyla alt boyutlarından içsel motivasyon için 0.91, dışsal

motivasyon için 0.42, kişilerarası yardım arama için 0.83, tedaviye güven için 0.72 ve ölçeğin tamamı için de 0.84 olarak bulunmuştur (127).

3.6. VERİ ANALİZİ

Verilerin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogrov Smirnov ($p>0,05$), Skewness Kurtosis testi $(-2,+2)$ ve histogram ile değerlendirildi (129). Devamlı verilerin gruplararası karşılaştırılmasında verilerin normal dağılması nedeniyle ikili değişkenlerin gruplararası karşılaştırılmasında bağımsız gruplar t testi ve üçlü değişkenlerin karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (Anova) testi kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler olarak aritmetik ortalama, standart sapma, yüzdelik dağılım, minimum ve maksimum değerler verildi. Değişkenler arasındaki korelasyonların değerlendirilmesinde verilerin normal dağılması nedeniyle Pearson korelasyon katsayısı kullanıldı. Analizler anlamlılık düzeyi $p<0,05$ alınarak değerlendirildi. Korelasyon analizleri 0,00-0,10 “çok zayıf”, 0,10-0,39 “zayıf”, 0,40-0,69 “orta”, 0,70-0,89 “güçlü”, “0,90-1,00 “çok güçlü” olarak değerlendirildi (130). Tedavi motivasyonu anketi ve ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği iç tutarlılık katsayıları da çalışma kapsamında verildi. Araştırmada bağımlı değişken olan tedavi motivasyonu ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki basit ve çoklu doğrusal regresyon analizleri ile değerlendirildi. Verilerin analizinde SPSS-25 paket programı kullanıldı.

3.7. ETİK KURUL İZİNİ VE İŞLEM

Etik kurul izni, SBÜ İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH Klinik Araştırmalar Etik kurulundan 07.02.2022 tarih ve iki numaralı karar ile alındı. Etik kurul izin yazısı EK-1’de yer almaktadır. Katılımcılara ait veriler, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH AMATEM bünyesinde hizmet veren BADEM ve DANTE birimlerinden toplandı. Her yeni başvuran hasta psikiyatrist tarafından klinik açıdan değerlendirildikten ve araştırmaya katılım için kriterleri karşıladığı netleştirildikten sonra sorumlu araştırmacıya yönlendirildi. Sorumlu araştırmacı tarafından her bir hasta ile yüz yüze görüşülerek, çalışma hakkında bilgi verilerek, onam alındıktan sonra ölçeklerin doldurulması sağlandı. Onam formu Ek-2’de yer almaktadır. Her bir görüşme ve ölçeklerin tamamlanması yaklaşık 15-20 dakika sürdü. Araştırmada kullanılacak ölçeklerle ilgili kişilerden ölçek kullanım izinleri e posta ile alındı. Bu araştırma, Yeşilay doktora burs programı kapsamında finans desteği de alınarak yürütüldü.

4. BULGULAR

4.1. DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERLE İLGİLİ BULGULAR

Araştırmanın örneklemini oluşturan toplam 165 erkek katılımcının yaşları 20-60 arasında değişmektedir. Grubun yaş puan ortalaması (Ort=32,77, SS=7,31), eğitim ortalaması (Ort=12,60, SS=3,26), Kumar oynama yaşı puan ortalaması (Ort=21,2, SS=7,16), toplam kumar oynama süresi ortalaması (Ort=10,35, SS=7,19), %87,3'ünün (144 kişi) sosyal güvencesinin olduğu, %92,1'inin (152 kişi) annesinin hayatta olduğu, %86,1'nin (142 kişi) babasının hayatta olduğu, %81,8'inin (135 kişi) anne babasının birlikte yaşadığı, %72,7'sinin (120 kişi) bir işte çalıştığı, %66,1'inin (109 kişi) düzenli olarak çalıştığı, %37,6'sının (62 kişi) 4500-10000 TL arası bir gelire sahip olduğu, %50,9'unun (84 kişi) evli olduğu, %54,5'unun (90 kişi) çocuğunun olmadığı, %47,9'unun (79 kişi) ailesi ile birlikte yaşadığı, %50,3'ünün (83 kişi) annesinin ilköğretim mezunu olduğu, %47,9'unun (79 kişi) babasının ilköğretim mezunu olduğu, %58,2'sinin (96 kişi) her gün kumar oynadığı, %67,9'unun (112 kişi) kumar oynama bozukluğu için ayaktan tedavi öyküsünün olmadığı, %32,1'inin (53 kişi) kumar oynama bozukluğu için ayaktan tedavi öyküsünün olduğu, %95,8'inin (158 kişi) kumar oynama bozukluğu için yatarak tedavi öyküsünün olmadığı, %89,1'inin (147 kişi) adli öyküsünün bulunmadığı, %6,1'inin (10 kişi) kumara bağlı nedenlerle adli öyküsünün olduğu ve %4,8'inin (8 kişi) kumar harici nedenlerle adli öyküsünün olduğu tespit edilmiştir. Demografik değişkenlerle ilgili tüm bulgular Tablo 4.1'de ve klinik değişkenlerle ilgili veriler Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.1: Demografik değişkenlerin dağılımı

		N	%
Sosyal Güvence	Evet	144	87,3
	Hayır	21	12,7
Anneniz hayatta mı?	Evet	152	92,1
	Hayır	13	7,9
Babanız hayatta mı?	Evet	142	86,1
	Hayır	23	13,9
Anne babanız birlikte mi Yaşıyor?	Evet	135	81,8
	Hayır	30	18,2
Bir işte çalışıyor musunuz?	Evet	120	72,7
	Hayır	45	27,3
	Düzenli	109	66,1
Bir işte çalışıyorsanız çalışma şekliniz nedir?	Düzensiz	15	9,1
	Yarı zamanlı	5	3
	Çalışmıyorum	36	21,8
	4500 TL'nin altında	19	11,5
Toplam gelir	4500-10000 TL arası	62	37,6
	10.000-15000 TL arası	45	27,3
	15000 TL>	39	23,6
	Bekar	70	42,4
Medeni durum	Evli	84	50,9
	Boşanmış/ayrıl/dul	11	6,6
Çocuk varlığı	Evet	75	45,5
	Hayır	90	54,5
	Yalnız	11	6,7
Kiminle yaşadığı	Anne-babam	65	39,4
	Aile	79	47,9
	Arkadaş veya akraba	10	6,1
	Okuryazar değil	27	16,4
Anne eğitim durumu	Okuryazar	21	12,7
	İlköğretim	83	50,3
	Lise	26	15,8
	Lisans ve üzeri	8	4,8
	Okuryazar değil	6	3,6
Baba eğitim durumu	Okuryazar	21	12,7
	İlköğretim	79	47,9
	Lise	43	26,1
	Lisans ve üzeri	16	9,7

Tablo 4.2: Klinik verilerin dağılımı

	N	Min.-Mak.	Ort.±SS.
Yaş	165	20-60	32,77±7,31
Eğitim Durumu	165	4-20	12,60±3,26
Kumar Oynama Yaşı	165	11-49	21,26±7,16
Toplam Ne Kadar Süredir Kumar Oynadığı	165	1-40	10,35±7,19
Kumar oynama sıklığı	Haftada 1 kereden az	15	9,1
	Haftada 1-2 kere	9	5,5
	Haftada 3-4 kez	45	27,3
	Her gün	96	58,2
Kumar oynama bozukluğu ayaktan tedavi durumu	Evet	53	32,1
	Hayır	112	67,9
Kumar oynama bozukluğu yatarak tedavi durumu	Evet	7	4,2
	Hayır	158	95,8
Adli öykü durumu	Adli öykü yok	147	89,1
	Kumara bağlı	10	6,1
	Kumar harici	8	4,8

Min.: minimum, Max.: maksimum, Ort.: ortalama, SS: standart sapma

Yaş, adli öykü durumu, ilk kumar oynama yaşı, kumar oynama sıklığı ve toplam kumar oynama süresi ile tedavi motivasyonu arasında ilişki saptanmadı ($p>0.05$). Kumar oynama öyküsünün yanı sıra önceki tedavi girişimlerinin ve sosyal desteğin (aileyle yaşama, evli olma, düzenli bir işe sahip olma olarak tanımlanan) tedavi motivasyonu veya alt boyutları üzerinde hiçbir etkisi yoktu ($p>0.05$). Eğitim düzeyi ile kişiler arası yardım arama ve dışsal motivasyon arasında zayıf düzeyde negatif anlamlı bir ilişki saptandı ($r=-0,157$, $p<0,05$; $r=-0,166$, $p<0,05$).

4.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ

Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının psikometrik açıdan güvenilirliğini incelemek için toplam puan ve alt boyutlarının Cronbach Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Buna göre, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği RHİDÖ ve alt boyutlarının (Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık ve Sosyal Geri Çekilme), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve alt boyutlarının (Aile, Arkadaş ve Özel Bir İnsan), Tedavi Motivasyonu Anketi TMA ve alt boyutlarının (İçsel Motivasyon, Dışsal Motivasyon ve Kişilerarası Yardım Arama) yeterli düzeyde iç tutarlılık gösterdiği tespit edilmiştir. RHİDÖ alt boyutlarından damgalanmaya karşı

direnç alt boyutuna ve TMA alt boyutlarından tedaviye güven alt boyutuna ait Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı düşük bulunmuştur. Bu nedenle, bu alt boyutlar yapılan diğer analizlere katılmamıştır. Araştırmadaki tüm ölçeklere ait Cronbach Alpha güvenilirlik katsayıları ile ortalama, standart sapma, en düşük ve en yüksek değerlere ilişkin bilgiler Tablo 4.3’de verilmektedir.

Tablo 4.3: Veri toplama araçlarının tanımsal özellikleri

Ölçekler	N	Ort.	SS	Cronbach Alpha	En Düşük ve En Yüksek Değerler
BDE	165	22,15	12,11	0,79	0-61
BAE	165	16,42	14,19	0,90	0-63
RHİDÖ	165	53,27	15,23	0,88	17-88
Yabancılaşma	165	18,19	4,16	0,80	6-24
Kalıp Yargıların Onaylanması	165	17,73	4,43	0,72	7-28
Algılanan Ayrımcılık	165	12,71	3,93	0,80	5-20
Sosyal Geri Çekilme	165	15,21	4,34	0,80	6-24
Damgalanmaya Karşı Direnç	165	10,58	2,64	0,35	5-18
ÇBASDÖ	165	51,72	18,52	0,89	14-84
Aile	165	15,31	7,90	0,85	4-28
Arkadaş	165	15,24	7,34	0,75	4-28
Özel Bir İnsan	165	21,17	5,85	0,68	4-28
TMA	165	94,67	11,57	0,81	53-126
İçsel Motivasyon	165	48,92	6,26	0,89	23-55
Dışsal Motivasyon	165	11,43	3,77	0,60	4-20
Kişilerarası Yardım Arama	165	21,24	4,61	0,74	6-30
Tedaviye Güven	165	13,08	2,87	0,39	6-25

Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma, BDE: Beck depresyon envanteri, BAE: Beck Anksiyete Envanteri, RHİDÖ: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, ÇBASDÖ: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği, TMA: Tedavi motivasyonu anketi

4.3 DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ KORELASYONEL İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

Beck depresyon puanı ile Beck anksiyete puanı arasında ($r=0,560$; $p<0,01$); Beck depresyon puanı ile yabancılaşma arasında ($r=0,604$; $p<0,01$); Beck depresyon puanı ile kalıp yargıların onaylanması arasında ($r=0,574$; $p<0,01$); Beck depresyon puanı ile algılanan ayrımcılık arasında ($r=0,495$; $p<0,01$); Beck depresyon puanı ile sosyal geri çekilme arasında ($r=0,546$; $p<0,01$); Beck depresyon puanı ile içselleştirilmiş damgalanma puanı arasında ($r=0,647$; $p<0,01$); Beck depresyon puanı ile dışsal motivasyon arasında ($r=0,474$; $p<0,01$) ve Beck depresyon puanı ile tedavi motivasyonu puanı arasında ($r=0,426$; $p<0,01$) orta düzeyde pozitif korelasyon mevcuttur.

Beck anksiyete puanı ile tedavi motivasyonu puanı arasında ($r=0,367$; $p<0,01$) zayıf düzey pozitif korelasyon; Beck anksiyete puanı ile dışsal motivasyon arasında ($r=0,412$; $p<0,01$); Beck anksiyete puanı ile yabancılaşma arasında ($r=0,458$; $p<0,01$); Beck anksiyete puanı ile kalıp yargıların onaylanması arasında ($r=0,420$; $p<0,01$); Beck anksiyete puanı ile sosyal geri çekilme arasında ($r=0,438$; $p<0,01$) ve Beck anksiyete puanı ile içselleştirilmiş damgalanma puanı arasında ($r=0,489$; $p<0,01$) orta düzey korelasyon mevcuttur.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek puanı ile Beck depresyon puanı arasında ($r=-0,347$; $p<0,01$); çok boyutlu algılanan sosyal destek puanı ile tedavi motivasyonu puanı arasında ($r=-0,175$, $p<0,05$) ve çok boyutlu algılanan sosyal destek puanı ile içselleştirilmiş damgalanma puanı arasında ($r=-0,347$, $p<0,01$) zayıf düzeyde negatif korelasyon mevcuttur.

İçsel motivasyon ile yabancılaşma arasında ($r=0,533$; $p<0,01$); içsel motivasyon ile kalıp yargıların onaylanması arasında ($r=0,445$; $p<0,01$); içsel motivasyon ile algılanan ayrımcılık arasında ($r=0,434$; $p<0,01$); içsel motivasyon ile sosyal geri çekilme arasında ($r=0,407$; $p<0,01$); içsel motivasyon ile içselleştirilmiş damgalanma puanı arasında ($r=0,532$; $p<0,01$); dışsal motivasyon ile yabancılaşma arasında ($r=0,403$; $p<0,01$); dışsal motivasyon ile algılanan ayrımcılık arasında ($r=0,407$; $p<0,01$); dışsal motivasyon ile sosyal geri çekilme arasında ($r=0,428$; $p<0,01$); dışsal motivasyon ile içselleştirilmiş damgalanma puanı arasında ($r=0,485$; $p<0,01$); tedavi motivasyonu puanı ile yabancılaşma arasında ($r=0,510$; $p<0,01$); tedavi motivasyonu puanı ile kalıp yargıların onaylanması arasında ($r=0,549$; $p<0,01$); tedavi motivasyonu puanı ile

algılanan ayrımcılık arasında ($r=0,487$; $p<0,01$); tedavi motivasyonu puanı ile sosyal geri çekilme arasında ($r=0,460$; $p<0,01$) ve tedavi motivasyonu puanı ile içselleştirilmiş damgalanma puanı arasında ($r=0,571$; $p<0,01$) orta düzey korelasyon mevcuttur. Tüm değişkenler arasındaki korelasyon ilişkileri Tablo 4.4’de verilmiştir.



Tablo 4.4: Değişkenler arasındaki korelasyonel ilişkiler

Ölçekler ve Alt Boyutlar	BDE	BAE	ÇBASDÖ	Aile	Arkadaş	Özel bir insan	İçsel Motivasyon	Dışsal Motivasyon	Kişilerarası yardım arama	TMA	Yabancılaşma	Kalıp yargıların onaylanması	Algılanan ayrımcılık	Sosyal geri çekilme	RHİDÖ
BDE	1														
BAE	0,560**	1													
ÇBASDÖ	-0,347**	-0,125	1												
Aile	-0,330**	-0,160*	0,891**	1											
Arkadaş	-0,339**	-0,114	0,937**	0,781**	1										
Özel bir insan	-0,228**	-0,036	0,786**	0,492**	0,657**	1									
İçsel Motivasyon	0,312**	0,256**	-0,197*	-0,248**	-0,178*	-0,066	1								
Dışsal Motivasyon	0,474**	0,412**	-0,126	-0,181*	-0,112	-0,016	0,349**	1							
Kişilerarası yardım arama	0,152	0,131	-0,012	-0,070	0,043	0,000	0,400**	0,269**	1						
TMA	0,426**	0,367**	-0,175*	-0,242**	-0,147	-0,042	0,791**	0,697**	0,691**	1					
Yabancılaşma	0,604**	0,458**	-0,239**	-0,266**	-0,247**	-0,087	0,533**	0,403**	0,181*	0,510**	1				
Kalıp yargıların onaylanması	0,574**	0,420**	-0,299**	-0,354**	-0,252**	-0,153	0,445**	0,504**	0,260**	0,549**	0,663**	1			
Algılanan ayrımcılık	0,495**	0,384**	-0,317**	-0,360**	-0,280**	-0,164*	0,434**	0,407**	0,228**	0,487**	0,522**	0,690**	1		
Sosyal geri çekilme	0,546**	0,438**	-0,282**	-0,316**	-0,256**	-0,145	0,407**	0,428**	0,187*	0,460**	0,688**	0,740**	0,627**	1	
RHİDÖ	0,647**	0,489**	-0,347**	-0,398**	-0,316**	-0,164*	0,532**	0,485**	0,235**	0,571**	0,818**	0,888**	0,815**	0,873**	1

Not: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, BDE: Beck depresyon envanteri, BAE: Beck Anksiyete Envanteri, RHİDÖ: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, ÇBASDÖ: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği, TMA: Tedavi motivasyonu anketi

4.4. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMANIN DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ

İçselleştirilmiş damgalanma düzeyinin bireylerin sosyodemografik özellikleri açısından farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla RHİDÖ puanı ile demografik değişkenler arasında bağımsız örneklem t-testi analizi ve ANOVA gerçekleştirilmiştir.

Katılımcıların yaş aralığının (18-30, 31-40, 41-50, 51-60) içselleştirilmiş damgalanma üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı yaş aralık gruplarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [tek yönlü $F(4,164) = 0,660$, $p=0,578$]. Tek Yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır (* $p<0,05$).

Katılımcıların eğitim seviyesi aralığının (5-8, 9-12, 13-16, 17-20) içselleştirilmiş damgalanma üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı eğitim seviyesi gruplarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [tek yönlü $F(4,164) = 0,890$, $p=0,448$]. Tek Yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır (* $p<0,05$).

Katılımcıların çalışma durumunun içselleştirilmiş damgalanma üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. İçselleştirilmiş damgalanma çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=0,941$, $p=0,348$) * $p<0,05$.

Katılımcıların sosyal güvence durumunun içselleştirilmiş damgalanma üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. İçselleştirilmiş damgalanma bir işte çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=0,634$, $p=0,527$) * $p<0,05$.

Katılımcıların annelerinin yaşaması durumunun içselleştirilmiş damgalanma üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. İçselleştirilmiş damgalanma annenin yaşaması durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=0,539$, $p=0,591$) * $p<0,05$.

Katılımcıların babalarının yaşaması durumunun içselleştirilmiş damgalanma üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi

kullanılmıştır. İçselleştirilmiş damgalanma babanın yaşaması durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=0,735$, $p=0,464$) $*p<0,05$.

Katılımcıların anne ve babalarının birlikte yaşaması durumunun içselleştirilmiş damgalanma üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. İçselleştirilmiş damgalanma anne ve babanın birlikte yaşaması durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=0,410$, $p=0,683$) $*p<0,05$.

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumunun içselleştirilmiş damgalanma üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. İçselleştirilmiş damgalanma çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=1,672$, $p=0,096$) $*p<0,05$.

Katılımcıların ayaktan tedavi öyküsü olma durumunun içselleştirilmiş damgalanma üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. İçselleştirilmiş damgalanma ayaktan tedavi öyküsü olma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=1,975$, $p=0,051$) $*p<0,05$.

Katılımcıların yatarak tedavi öyküsü olma durumunun içselleştirilmiş damgalanma üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. İçselleştirilmiş damgalanma yatarak tedavi öyküsü olma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=0,047$, $p=0,962$) $*p<0,05$.

Katılımcıların çalışma şeklinin (düzenli, düzensiz, yarı zamanlı, çalışmıyor) içselleştirilmiş damgalanma üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı çalışma şekli grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [tek yönlü $F(4,164)=1,103$, $p=0,350$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır ($*p<0,05$).

Katılımcıların gelir düzeyinin (4.500 TL, 4500-10.000 TL, 10.000-15.000 TL, 15.000 TL>) içselleştirilmiş damgalanma üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı gelir düzey gruplarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [tek yönlü $F(4,164)=1,734$, $p=0,162$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır ($*p<0,05$).

Katılımcıların medeni durumunun (bekar, evli, boşanmış/ayrılı/dul) içselleştirilmiş damgalanma üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı medeni grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [tek yönlü $F(4,164)=2,649$, $p=0,074$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır (* $p<0,05$).

Katılımcıların beraber yaşanılan kişi durumunun (yalnız, anne-baba, eş, arkadaş-akraba) içselleştirilmiş damgalanma üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı beraber yaşanılan kişi grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek Yönlü $F(4,164) =1,498$, $p=0,217$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır (* $p<0,05$).

Katılımcıların anne eğitim seviyesinin (okur yazar değil, okur yazar, ilköğretim, lise, lisans ve üstü) içselleştirilmiş damgalanma üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı anne eğitim seviyesi grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(4, 164) =10008$, $p=0,405$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır (* $p<0,05$).

Katılımcıların baba eğitim seviyesinin (okur yazar değil, okur yazar, ilköğretim, lise, lisans ve üstü) içselleştirilmiş damgalanma üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı baba eğitim seviyesi grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(4,164)=2,089$, $p=0,085$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır (* $p<0,05$).

Katılımcıların ilk kumar oynama yaşının (10-20 yaş, 20-30 yaş, 30-40 yaş, 40-50 yaş ve 50-60 yaş) içselleştirilmiş damgalanma üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına ilk kumar oynama yaşına göre grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(3,164) =1,173$, $p=0,322$].

Katılımcıların kumar oynama sıklığının (haftada bir kereden az, haftada bir iki kez, haftada üç dört kez, her gün) içselleştirilmiş damgalanma üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına kumar oynama sıklığına göre grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(4,164) = 2,194$, $p=0,091$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır (* $p<0,05$).

Katılımcıların adli öykü durumunun (adli öykü yok, kumar kaynaklı adli öykü, kumar harici adli öykü) içselleştirilmiş damgalanma üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına adli öykü durumuna göre grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(4,164) = 1,075$, $p=0,344$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır (* $p<0,05$).

4.5. SOSYAL DESTEĞİN DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ

Sosyal destek düzeyinin bireylerin sosyodemografik özellikleri açısından farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla ÇBASDÖ puanı ile demografik değişkenler arasında bağımsız örneklem t-test analizi ve ANOVA gerçekleştirilmiştir.

Katılımcıların yaş aralığının (18-30, 31-40, 41-50, 51-60) sosyal destek üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı yaş aralık gruplarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(4,164)=0,343$, $p=0,794$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır (* $p<0,05$).

Katılımcıların eğitim seviyesi aralığının (5-8, 9-12, 13-16, 17-20) sosyal destek üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı eğitim seviyesi gruplarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(4,164)=1,965$, $p=0,121$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır (* $p<0,05$).

Katılımcıların çalışma durumunun sosyal destek üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. İçselleştirilmiş damgalanma çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=0,328$, $p=0,744$) * $p<0,05$.

Katılımcıların sosyal güvence durumunun sosyal destek üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. İçselleştirilmiş damgalanma bir işte çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=0,151$, $p=0,880$) * $p<0,05$.

Katılımcıların annelerinin yaşaması durumunun sosyal destek üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. İçselleştirilmiş damgalanma annenin yaşaması durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=0,369$, $p=0,713$) $*p<0,05$.

Katılımcıların babalarının yaşaması durumunun sosyal destek üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. İçselleştirilmiş damgalanma babanın yaşaması durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=0,405$, $p=0,686$) $*p<0,05$.

Katılımcıların anne ve babalarının birlikte yaşaması durumunun sosyal destek üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. İçselleştirilmiş damgalanma anne ve babanın birlikte yaşaması durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=0,930$, $p=0,926$) $*p<0,05$.

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumunun sosyal destek üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. İçselleştirilmiş damgalanma çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=0,654$, $p=0,514$) $*p<0,05$.

Katılımcıların ayaktan tedavi öyküsü olma durumunun sosyal destek üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. İçselleştirilmiş damgalanma ayaktan tedavi öyküsü olma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=0,062$, $p=0,951$) $*p<0,05$.

Katılımcıların yatarak tedavi öyküsü olma durumunun sosyal destek üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. İçselleştirilmiş damgalanma yatarak tedavi öyküsü olma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=0,021$, $p=0,983$) $*p<0,05$.

Katılımcıların çalışma şeklinin (düzenli, düzensiz, yarı zamanlı, çalışmıyor) sosyal destek üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı çalışma şekli grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(4,164)=0,139$, $p=0,937$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır ($*p<0,05$).

Katılımcıların gelir düzeyinin (4.500 TL, 4500-10.000 TL, 10.000-15.000 TL, 15.000 TL>) sosyal destek üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı gelir düzey gruplarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(4,165)=1,174$, $p=0,321$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır (* $p<0,05$).

Katılımcıların medeni durumunun (bekar, evli, boşanmış/ayrılmış/dul) sosyal destek üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı medeni grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(4,164)=1,936$, $p=0,148$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır (* $p<0,05$).

Katılımcıların beraber yaşadıkları kişi durumunun (yalnız, anne-baba, eş, arkadaş-akraba) sosyal destek üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı beraber yaşadıkları kişi grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(4,164)=0,653$, $p=0,582$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır (* $p<0,05$).

Katılımcıların anne eğitim seviyesinin (okur yazar değil, okur yazar, ilköğretim, lise, lisans ve üstü) sosyal destek üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre anne eğitim seviyesi grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır [Tek yönlü $F(4,164)=2,507$, $p=0,044$]. Anne eğitim durumuna göre nasıl farklılaştığını incelemek için Post-Hoc testlerinden Tukey kullanılmıştır. Sonuçlara göre, lise eğitim grubundaki katılımcıların (Ort.=59,73, SS=17,44) okuryazar gruptaki (Ort.=44,19, SS=14,93) katılımcılara göre sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Analiz sonucuna ilişkin bilgiler Tablo 4.5’de yer almaktadır.

Tablo 4.5: Sosyal destek açısından anne eğitim durumuna ilişkin ANOVA tablosu

Ölçek	Anne eğitim seviyesi	N	Ortalama	ss	F	p	Fark
ÇBASDÖ	okur yazar değil	27	51,22	18,19	2,507	0,044*	*2 ile 4
	okur yazar	21	44,19	14,93			
	ilköğretim	83	50,63	19,2			
	lise	26	59,73	17,44			
	Lisans ve üzeri	8	51,72	18,52			

Not: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$; 1: okur yazar değil, 2: okur yazar, 3: ilköğretim, 4: lise, 5: lisans ve üzeri

Katılımcıların baba eğitim seviyesinin (okur yazar değil, okur yazar, ilköğretim, lise, lisans ve üstü) sosyal destek üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre baba eğitim seviyesi grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır [Tek yönlü $F(4,164)=3,40$, $p=0,011$]. Baba eğitim durumuna göre nasıl farklılaştığını incelemek için Post-Hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Sonuçlara göre, lisans ve üzeri eğitim grubundaki katılımcıların (Ort.=62,13, SS=18,60) okuryazar gruptaki (Ort.=43,81, SS=17,86) katılımcılara göre sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Analiz sonucuna ilişkin bilgiler Tablo 4.6'da yer almaktadır.

Tablo 4.6: Sosyal destek açısından baba eğitim durumuna ilişkin varyans analizi tablosu

Ölçek	Baba eğitim seviyesi	N	Ortalama	ss	F	p	Fark
ÇBASDÖ	okur yazar değil	6	45,50	22,00	3,40	0,011*	*2 ile 5
	okur yazar	21	43,81	17,86			
	ilköğretim	79	49,78	16,77			
	lise	43	59,12	19,49			
	Lisans ve üzeri	16	62,13	18,60			

Not: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$; 1: okur yazar değil, 2: okur yazar, 3: ilköğretim, 4: lise, 5: lisans ve üzeri

Katılımcıların ilk kumar oynama yaşının (10-20 yaş, 20-30 yaş, 30-40 yaş, 40-50 yaş ve 50-60 yaş) sosyal destek üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına ilk kumar oynama yaşına göre grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(3,164)=0,535$, $p=0,659$].

Katılımcıların kumar oynama sıklığının (haftada bir kereden az, haftada bir iki kez, haftada üç dört kez, her gün) sosyal destek üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına kumar oynama sıklığına göre grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(3,164)=1,126$, $p=0,340$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc Analizi yapılmamıştır (* $p < 0,05$).

Katılımcıların adli öykü durumunun (adli öykü yok, kumar kaynaklı adli öykü, kumar harici adli öykü) sosyal destek üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı adli öykü grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır [Tek yönlü $F(2,164)=4,87$, $p=0,009$]. Adli öykü durumuna göre nasıl farklılaştığını incelemek için Post-Hoc testlerinden Tukey kullanılmıştır. Sonuçlara göre, adli öyküsü olmayan gruptaki katılımcıların (Ort.=53,20, SS=18,46) kumar harici adli öyküye sahip gruptaki (Ort.=35,63, SS=12,04) katılımcılara

göre sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Analiz sonucuna ilişkin bilgiler Tablo 4.7’de yer almaktadır.

Tablo 4.7: Sosyal destek açısından adli öykü durumuna ilişkin varyans analizi tablosu

Ölçek	Adli öykü durumu	N	Ortalama	ss	F	p	Fark
ÇBASDÖ	adli öykü yok	147	53,20	18,46	4,87	0,009**	*1 ile 3
	kumar kaynaklı adli öykü	10	42,80	16,05			
	kumar harici adli öykü	8	35,63	12,04			

Not: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$; 1: adli öykü yok, 2: kumar kaynaklı adli öykü, 3: kumar harici adli öykü

4.6. DEPRESYONUN DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ

Depresyon düzeyinin bireylerin sosyodemografik özellikleri açısından farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla depresyon puanı ile demografik değişkenler arasında bağımsız örneklem t-testi analizi ve ANOVA gerçekleştirilmiştir.

Katılımcıların yaş aralığının (18-30, 31-40, 41-50, 51-60) depresyon puanı üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı yaş aralık gruplarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(3,164)=0,945$, $p=0,420$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır (* $p<0,05$).

Katılımcıların eğitim seviyesi aralığının (5-8, 9-12, 13-16, 17-20) depresyon üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı eğitim seviyesi gruplarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(3,164)=0,752$, $p=0,523$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır (* $p<0,05$).

Katılımcıların çalışma durumunun depresyon üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. Depresyon çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=1,309$, $p=0,192$) * $p<0,05$.

Katılımcıların sosyal güvence durumunun depresyon üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. Depresyon bir işte çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=-0,347$, $p=0,729$) * $p<0,05$.

Katılımcıların annelerinin yaşaması durumunun depresyon üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. Depresyon anne yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=-0,736$, $p=0,463$) * $p<0,05$.

Katılımcıların babalarının yaşaması durumunun depresyon üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. Depresyon baba yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=-0,748$, $p=0,455$) * $p<0,05$.

Katılımcıların anne ve babalarının birlikte yaşaması durumunun depresyon üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. Depresyon anne ve babanın birlikte yaşaması durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=-0,923$, $p=0,358$) * $p<0,05$.

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumunun depresyon üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. Depresyon çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=0,269$, $p=0,788$) * $p<0,05$.

Katılımcıların ayaktan tedavi öyküsü olma durumunun depresyon üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. Depresyon ayaktan tedavi öyküsü olma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=-0,982$, $p=0,328$) * $p<0,05$.

Katılımcıların yatarak tedavi öyküsü olma durumunun depresyon üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. Depresyon yatarak tedavi öyküsü olma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=-0,477$, $p=0,634$) * $p<0,05$.

Katılımcıların çalışma şeklinin (düzenli, düzensiz, yarı zamanlı, çalışmıyor) depresyon üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı çalışma şekli grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(3,164)=1,695$, $p=0,170$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır (* $p<0,05$).

Katılımcıların gelir düzeyinin (4.500 TL, 4500-10.000 TL, 10.000-15.000 TL, 15.000 TL>) depresyon üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı gelir düzey gruplarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(3,164)=1,352$, $p=0,259$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır (* $p<0,05$).

Katılımcıların medeni durumunun (bekar, evli, boşanmış/ayrı/dul) depresyon üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı medeni grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(2,164)=1,339$, $p=0,265$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır (* $p<0,05$).

Katılımcıların beraber yaşanılan kişi durumunun (yalnız, anne-baba, eş, arkadaş-akraba) depresyon üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı beraber yaşanılan kişi grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(3,164)=1,199$, $p=0,312$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır (* $p<0,05$).

Katılımcıların anne eğitim seviyesinin (okur yazar değil, okur yazar, ilköğretim, lise, lisans ve üstü) depresyon üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı anne eğitim seviyesi grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(4,164)=0,632$, $p=0,641$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır (* $p<0,05$).

Katılımcıların baba eğitim seviyesinin (okur yazar değil, okur yazar, ilköğretim, lise, lisans ve üstü) depresyon üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı baba eğitim seviyesi grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü

$F(4,164)=0,481$, $p=0,750$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır (* $p<0,05$).

Katılımcıların ilk kumar oynama yaşının (10-20 yaş, 20-30 yaş, 30-40 yaş, 40-50 yaş ve 50-60 yaş) depresyon üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına ilk kumar oynama yaşına göre grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(3,164)=0,253$, $p=0,859$].

Katılımcıların kumar oynama sıklığının (haftada bir kereden az, haftada bir iki kez, haftada üç dört kez, her gün) depresyon üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına kumar oynama sıklığına göre grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(3,164)=2,040$, $p=0,110$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır (* $p<0,05$).

Katılımcıların adli öykü durumunun (adli öykü yok, kumar kaynaklı adli öykü, kumar harici adli öykü) depresyon üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına adli öykü durumuna göre grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(2,164)=1,826$, $p=0,164$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır (* $p<0,05$).

4.7. ANKSİYETENİN DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ

Anksiyetenin bireylerin sosyodemografik özellikleri açısından farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla anksiyete puanı ile demografik değişkenler arasında bağımsız örneklem t-testi analizi ve ANOVA gerçekleştirilmiştir.

Katılımcıların yaş aralığının (18-30, 31-40, 41-50, 51-60) anksiyete üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı yaş aralık gruplarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(3,164)=0,713$, $p=0,546$]. Tek Yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır (* $p<0,05$).

Katılımcıların eğitim seviyesi aralığının (5-8, 9-12, 13-16, 17-20) anksiyete üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz

sonuçlarına göre farklı eğitim seviyesi gruplarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(3,164)=1,334$, $p=0,265$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır ($*p<0,05$).

Katılımcıların çalışma durumunun anksiyete üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. Anksiyete çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=0,060$, $p=0,952$) $*p<0,05$.

Katılımcıların sosyal güvence durumunun anksiyete üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. Anksiyete bir işte çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=-0,705$, $p=0,482$) $*p<0,05$.

Katılımcıların annelerinin yaşaması durumunun anksiyete üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. Anksiyete annenin yaşaması durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=-1,420$; $p=0,158$) $*p<0,05$.

Katılımcıların babalarının yaşaması durumunun anksiyete üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. Anksiyete babanın yaşaması durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=-0,724$, $p=0,470$) $*p<0,05$.

Katılımcıların anne ve babalarının birlikte yaşaması durumunun anksiyete üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. Anksiyete anne ve babanın birlikte yaşaması durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=-0,934$, $p=0,351$) $*p<0,05$.

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumunun anksiyete üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. Anksiyete çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=-0,233$, $p=0,816$) $*p<0,05$.

Katılımcıların ayaktan tedavi öyküsü olma durumunun anksiyete üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. Anksiyete ayaktan tedavi öyküsü olma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=-0,510$, $p=0,611$) $*p<0,05$.

Katılımcıların yatarak tedavi öyküsü olma durumunun anksiyete üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. Anksiyete yatarak tedavi öyküsü olma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=-1,090$, $p=0,277$) $*p<0,05$.

Katılımcıların çalışma şeklinin (düzenli, düzensiz, yarı zamanlı, çalışmıyor) anksiyete üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı çalışma şekli grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(3,164)=1,035$, $p=0,379$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır ($*p<0,05$).

Katılımcıların gelir düzeyinin (4.500 TL, 4.500-10.000 TL, 10.000-15.000 TL, 15.000 TL>) anksiyete üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı gelir düzey gruplarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(3,164)=0,338$, $p=0,798$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır ($*p<0,05$).

Katılımcıların medeni durumunun (bekar, evli, boşanmış/ayrılı/dul) anksiyete üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı medeni grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(2,164)=0,034$, $p=0,966$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır ($*p<0,05$).

Katılımcıların beraber yaşanılan kişi durumunun (yalnız, anne-baba, eş, arkadaş-akraba) anksiyete üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı beraber yaşanılan kişi grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(3,164)=1,312$, $p=0,272$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır ($*p<0,05$).

Katılımcıların anne eğitim seviyesinin (okur yazar değil, okur yazar, ilköğretim, lise, lisans ve üstü) anksiyete üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı anne eğitim seviyesi grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(4,164)=0,263$, $p=0,901$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır ($*p<0,05$).

Katılımcıların baba eğitim seviyesinin (okur yazar değil, okur yazar, ilköğretim, lise, lisans ve üstü) anksiyete üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı baba eğitim seviyesi grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(4,164)=0,528$, $p=0,715$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır (* $p<0,05$).

Katılımcıların ilk kumar oynama yaşının (10-20 yaş, 20-30 yaş, 30-40 yaş, 40-50 yaş ve 50-60 yaş) anksiyete üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına ilk kumar oynama yaşına göre grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(3,164)=0,688$, $p=0,561$].

Katılımcıların kumar oynama sıklığının (haftada bir kereden az, haftada bir iki kez, haftada üç dört kez, her gün) anksiyete üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına kumar oynama sıklığına göre grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır [Tek yönlü $F(3,164)=3,067$, $p=0,030$]. Kumar oynama sıklığı durumuna göre nasıl farklılaştığını incelemek için Post-Hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Sonuçlara göre, her gün kumar oynayan gruptaki katılımcıların (Ort.=18.38, SS=14.48) haftada 3-4 kez kumar oynayan gruptaki (Ort.=11,60, SS=10,03) katılımcılara göre anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Analiz sonucuna ilişkin bilgiler Tablo 4.8’de yer almaktadır.

Tablo 4.8: Anksiyete açısından kumar oynama sıklığına ilişkin varyans analizi tablosu

Ölçek	Kumar oynama sıklığı	N	Ortalama	ss	F	p	Fark
BAE	haftada bir kereden az	15	14.73	14.93	3.067	.038*	*3 ile 4
	haftada 1-2 kez	9	22.44	21.65			
	haftada 3-4 kez	45	11.60	10.03			
	Her gün	96	18.38	14.48			

Not: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$; 1: haftada bir kereden az, 2: haftada 1-2 kez, 3: haftada 3-4 kez, 4: her gün

Katılımcıların adli öykü durumunun (adli öykü yok, kumar kaynaklı adli öykü, kumar harici adli öykü) anksiyete üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına adli öykü durumuna göre grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(2,164)=1,455$, $p=0,236$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır (* $p<0,05$).

4.8. TEDAVİ MOTİVASYONUNUN DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ

Tedavi motivasyonu düzeyinin bireylerin sosyodemografik özellikleri açısından farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla TMA puanı ile demografik değişkenler arasında bağımsız örneklem t-testi analizi ve ANOVA gerçekleştirilmiştir.

Katılımcıların yaş aralığının (18-30, 31-40, 41-50, 51-60) tedavi motivasyonu üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı yaş aralık gruplarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(4,164)=1,881$, $p=0,135$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır (* $p<0,05$).

Katılımcıların eğitim seviyesi aralığının (5-8, 9-12, 13-16, 17-20) tedavi motivasyonu üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı eğitim seviyesi gruplarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(4,164)=0,677$, $p=0,567$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır (* $p<0,05$).

Katılımcıların çalışma durumunun tedavi motivasyonu üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. Tedavi motivasyonu çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=0,222$, $p=0,825$) * $p<0,05$.

Katılımcıların sosyal güvence durumunun tedavi motivasyonu üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. Tedavi motivasyonu bir işte çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=0,143$, $p=0,886$) * $p<0,05$.

Katılımcıların annelerinin yaşaması durumunun tedavi motivasyonu üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. Tedavi motivasyonu annenin yaşaması durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=1,472$, $p=0,143$) * $p<0,05$.

Katılımcıların babalarının yaşaması durumunun tedavi motivasyonu üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. Tedavi motivasyonu babanın yaşaması durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=0,727$, $p=0,468$) * $p<0,05$.

Katılımcıların anne ve babalarının birlikte yaşaması durumunun tedavi motivasyonu üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. Tedavi motivasyonu anne ve babanın birlikte yaşaması durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=1,138$, $p=0,257$) * $p<0,05$.

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumunun tedavi motivasyonu üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. Tedavi motivasyonu çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=1,665$, $p=0,098$) * $p<0,05$.

Katılımcıların ayakta tedavi öyküsü olma durumunun tedavi motivasyonu üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. Tedavi motivasyonu ayakta tedavi öyküsü olma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=1,863$, $p=0,064$) $*p<0,05$.

Katılımcıların yatarak tedavi öyküsü olma durumunun tedavi motivasyonu üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. Tedavi motivasyonu yatarak tedavi öyküsü olma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t[163]=0,243$, $p=0,809$) $*p<0,05$.

Katılımcıların çalışma şeklinin (düzenli, düzensiz, yarı zamanlı, çalışmıyor) tedavi motivasyonu üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı çalışma şekli grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(4,164)=1,584$, $p=0,195$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır ($*p<0,05$).

Katılımcıların gelir düzeyinin (4.500 TL, 4500-10.000 TL, 10.000-15.000 TL, 15.000 TL>) tedavi motivasyonu üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı gelir düzey gruplarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(3,164)=2,778$, $p=0,053$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır ($*p<0,05$).

Katılımcıların medeni durumunun (bekar, evli, boşanmış/ayrılmış/dul) tedavi motivasyonu üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı medeni grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(2,164)=0,970$, $p=0,381$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır ($*p<0,05$).

Katılımcıların beraber yaşanılan kişi durumunun (yalnız, anne-baba, eş, arkadaş-akraba) tedavi motivasyonu üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı beraber yaşanılan kişi grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(3,164)=0,269$, $p=0,848$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır ($*p<0,05$).

Katılımcıların anne eğitim seviyesinin (okur yazar değil, okur yazar, ilköğretim, lise, lisans ve üstü) tedavi motivasyonu üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı anne eğitim seviyesi grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(4,164)=0,292$, $p=0,883$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır (* $p<0,05$).

Katılımcıların baba eğitim seviyesinin (okur yazar değil, okur yazar, ilköğretim, lise, lisans ve üstü) tedavi motivasyonu üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı baba eğitim seviyesi grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(3,164)=2,607$, $p=0,054$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır (* $p<0,05$).

Katılımcıların kumar oynama sıklığının (haftada bir kereden az, haftada bir iki kez, haftada üç dört kez, her gün) tedavi motivasyonu üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına kumar oynama sıklığına göre grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(3,164)=0,858$, $p=0,464$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır (* $p<0,05$).

Katılımcıların adli öykü durumunun (adli öykü yok, kumar kaynaklı adli öykü, kumar harici adli öykü) tedavi motivasyonu üzerinde bir etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçlarına adli öykü durumuna göre grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır [Tek yönlü $F(2,164)=1,060$, $p=0,349$]. Tek yönlü F değeri anlamlı olmadığı için Post-Hoc analizi yapılmamıştır (* $p<0,05$).

4.9. ARAŞTIRMADAKİ ÖLÇÜMLERİN DEPRESYON PUANI AÇISINDAN İNCELENMESİ

BDE ölçeği kesme puanına göre $BDE>17$ ve $BDE\leq 17$ olarak iki grup oluşturulmuştur. Bu iki gruptaki TMA Puanı, TMA içsel motivasyon, TMA dışsal motivasyon, TMA kişiler arası yardım arama, ÇBASDÖ puanı, ÇBASDÖ aile, ÇBASDÖ arkadaş, ÇBASDÖ özel bir insan, RHİDÖ puanı, RHİDÖ yabancılaşma, RHİDÖ kalıp

yargıların onaylanması, RHİDÖ algılanan ayrımcılık ve RHİDÖ sosyal geri çekilme alt boyut puanları bağımsız örneklem t-testi ile karşılaştırılmıştır.

4.9.1. Tedavi Motivasyonu Anketi ile Beck Depresyon Envanteri Arasındaki İlişki

Katılımcıların depresyon puanlarına göre tedavi motivasyonu puanı ve tedavi motivasyonu alt boyutları puanları arasında bir farkın olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. Katılımcıların TMA içsel motivasyon alt boyut puanları ($t[163]=3,227$, $p<0,05$) BDE kesme puanına göre anlamlı olarak farklılaşmakta iken, sırasıyla TMA dışsal motivasyon, kişilerarası yardım arama kişiler arası yardıma arama alt boyutu puanlarında ve tedavi motivasyonu puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($t[163]=5,334$, $p>0,05$; $t[163]=0,580$, $p>0,05$; $t[163]=4,291$, $p>0,05$). Depresyon puanları orta ve üstü seviyede olanların hafif düzeyde olanlara kıyasla içsel motivasyon puanları daha yüksektir. Analiz sonucuna ilişkin bilgiler Tablo 4.9’da yer almaktadır.

Tablo 4.9: Depresyon kesme puanına göre tedavi motivasyonu alt boyutları arasında bağımsız gruplar t testi tablosu

	BDE Kesme Puanı	N	Ortalama	ss	t	sd	p
TMA-İçsel Motivasyon	>17	103	50,10	5,30	3,227	163	0,035*
	≤17	62	46,95	7,20			
TMA-Dışsal Motivasyon	>17	103	12,55	3,38	5,334	163	0,443
	≤17	62	9,56	3,64			
TMA-Kişilerarası Yardım Arama	>17	103	21,39	4,45	0,580	163	0,537
	≤17	62	20,96	4,88			
TMA	>17	103	97,52	10,06	4,291	163	0,158
	≤17	62	89,93	12,40			

Not: * $p < 0,05$

4.9.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Beck Depresyon Envanteri Arasındaki İlişki

Katılımcıların depresyon puanlarına göre sosyal destek puanı ve sosyal destek alt boyutları puanları arasında bir farkın olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. Katılımcıların sosyal destek aile alt boyut puanları ($t[163]=-3,108$, $p>0,05$), sosyal destek arkadaş alt boyut puanları ($t[163]=-3,036$, $p>0,05$), sosyal destek özel bir insan ($t[163]=-2,99$, $p>0,05$) ve sosyal destek puanı ($t[163]=-3,50$, $p>0,05$) BDE kesme puanına göre anlamlı olarak farklılaşmamaktadır. Depresyon puanları orta ve üstü seviyede olanların hafif düzeyde olanlara kıyasla aile, arkadaş, özel bir insan ve sosyal destek puanları daha düşüktür. Analiz sonucuna ilişkin bilgiler Tablo 4.10'da yer almaktadır.

Tablo 4.10: Depresyon kesme puanına göre sosyal destek alt boyutları arasında bağımsız gruplar t testi tablosu

Ölçek Puanları	BDE Kesme Puanı	N	Ortalama	ss	t	sd	p
ÇBASDÖ-Aile	>17	103	13,86	7,70	-3,108	163	0,863
	≤17	62	17,71	7,68			
ÇBASDÖ-Arkadaş	>17	103	13,92	7,05	-3,036	163	0,513
	≤17	62	17,42	7,34			
ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan	>17	103	20,14	5,88	-2,99	163	0,398
	≤17	62	22,89	5,42			
ÇBASDÖ	>17	103	47,92	17,60	-3,50	163	0,313
	≤17	62	58,02	18,42			

Not: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

4.9.3. İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ile Beck Depresyon Envanteri Arasındaki İlişki

Katılımcıların depresyon puanlarına göre içselleştirilmiş damgalanma puanı ve içselleştirilmiş damgalanma alt boyutları puanları arasında bir farkın olup olmadığını incelemek için bağımsız gruplar t testi analiz yöntemi kullanılmıştır. Katılımcıların içselleştirilmiş damgalanma yabancılaşma alt boyut puanları ($t[163]=7,213$, $p>0,05$), içselleştirilmiş damgalanma kalıp yargıların onaylanması alt boyut puanları ($t[163]=6,188$, $p>0,05$), içselleştirilmiş damgalanma algılanan ayrımcılık ($t[163]=5,609$, $p>0,05$), içselleştirilmiş damgalanma sosyal geri çekilme ($t[163]=5,804$, $p>0,05$) ve içselleştirilmiş damgalanma puanı ($t[163]=7,579$, $p>0,05$) BDE kesme puanına göre anlamlı olarak farklılaşmamaktadır. Depresyon puanları orta ve üstü seviyede olanların hafif düzeyde olanlara kıyasla aile, arkadaş, özel bir insan ve sosyal destek puanları daha yüksektir. Analiz sonucuna ilişkin bilgiler Tablo 4.11’de yer almaktadır.

Tablo 4.11: Depresyon kesme puanına göre içselleştirilmiş damgalanma alt boyutları arasında bağımsız gruplar t testi tablosu

Ölçek Puanları	BDE Kesme Puanı	N	Ortalama	ss	t	sd	p
RHİDÖ- Yabancılaşma	>17	103	19,78	3,35	7,213	163	0,171
	≤17	62	15,56	4,05			
RHİDÖ-Kalıp Yargıların Onaylanması	>17	103	19,22	3,84	6,188	163	0,373
	≤17	62	15,24	4,26			
RHİDÖ-Algılanan Ayrımcılık	>17	103	13,43	3,59	5,609	163	0,763
	≤17	62	10,68	3,63			
RHİDÖ-Sosyal Geri Çekilme	>17	103	16,60	3,78	5,804	163	0,198
	≤17	62	12,90	4,24			
RHİDÖ	>17	103	59,28	12,74	7,579	163	0,585
	≤17	62	43,27	13,77			

Not: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

4.10. HİPOTEZLERİN DOĞRULANMASINA YÖNELİK BASİT DOĞRUSAL REGRESYON ANALİZLERİ

Araştırmanın hipotezlerini test edebilmek için basit doğrusal regresyon analizi Enter methodu kullanılarak bağımlı değişken olarak TMA puanı ile bağımsız değişkenler olarak sırasıyla depresyon, anksiyete, sosyal destek ve içselleştirilmiş damgalanma ölçek puanları arasında analizler yapılmış ve hipotezlerin anlamlılığı test edilmiştir.

4.10.1. Birinci Hipotez: Depresyon ve Tedavi Motivasyonu İlişkisi

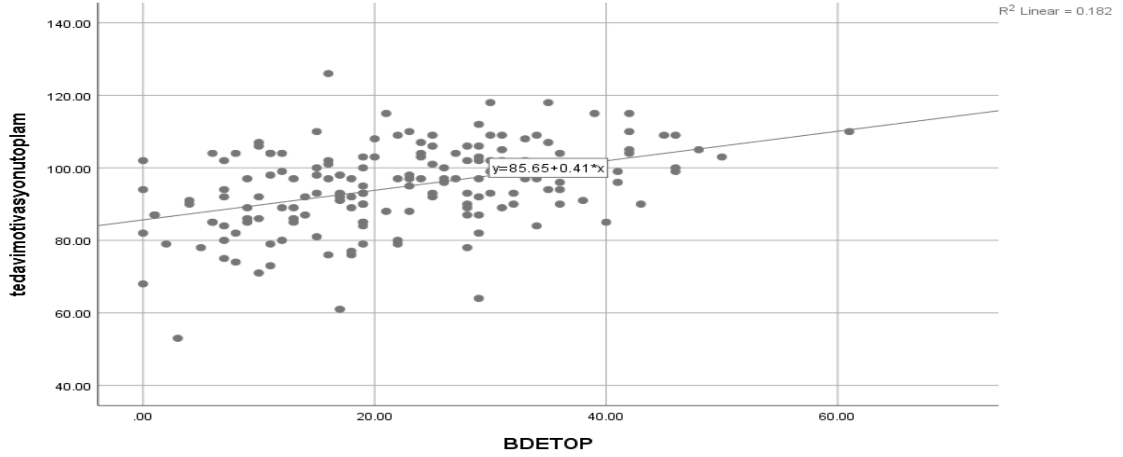
Tedavi motivasyonu puanı ile depresyon puanı arasında yapılan basit regresyon analizinde depresyonun tedavi motivasyonundaki değişimin %18'ini açıklamaktadır ($\beta=0,426$, $t=6,014$, $p<0,01$). TMA puanı ile depresyon puanı arasındaki basit regresyon modeli Tablo 4.12’de verilmektedir.

Tablo 4.12: TMA puanı ve depresyon puanı arası basit regresyon analizi sonuçları

Bağımlı Değişken	Yordayıcı Değişkenler	B	SH	β	t	p	Adj. R
TMA	BDE	.407	.068	.426	6.014	.000**	.177

Not: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Tedavi motivasyonu ile depresyon puanı arasında artan düzeyde pozitif bir korelasyon ($y=a+bx$; y =Tedavi motivasyonu, bağımlı değişken değeri, x =Beck depresyon, bağımsız değişken değeri, a =Regresyon doğrusunun kesişim değeri (sabit değeri), b = Regresyon doğrusunun eğimi; $y=85,65+0,41*x$) mevcuttur. Bu modele göre Beck depresyondaki bir birimlik artışın, tedavi motivasyonunda 0,41 birimlik bir artışa neden olacağı söylenebilir. Bu durum Şekil 4.1’de gösterilmektedir. H1- “Kumar oynama bozukluğu tanılı hastalarda depresyonun artması, tedavi motivasyonunu artırır”, hipotezi doğrulanmıştır.



Şekil 4.1: Tedavi motivasyonu ve depresyon puanı değişim grafiği

4.10.2. İkinci Hipotez: Anksiyete ve Tedavi Motivasyonu İlişkisi

Tedavi motivasyonu puanı ile anksiyete puanı arasında yapılan basit regresyon analizinde anksiyetenin tedavi motivasyonundaki değişimin %13'ini açıklamaktadır ($\beta=0,367$, $t=5,043$, $p<0,01$). TMA puanı ile anksiyete puanı arasındaki basit regresyon modeli Tablo 4.13'de verilmektedir.

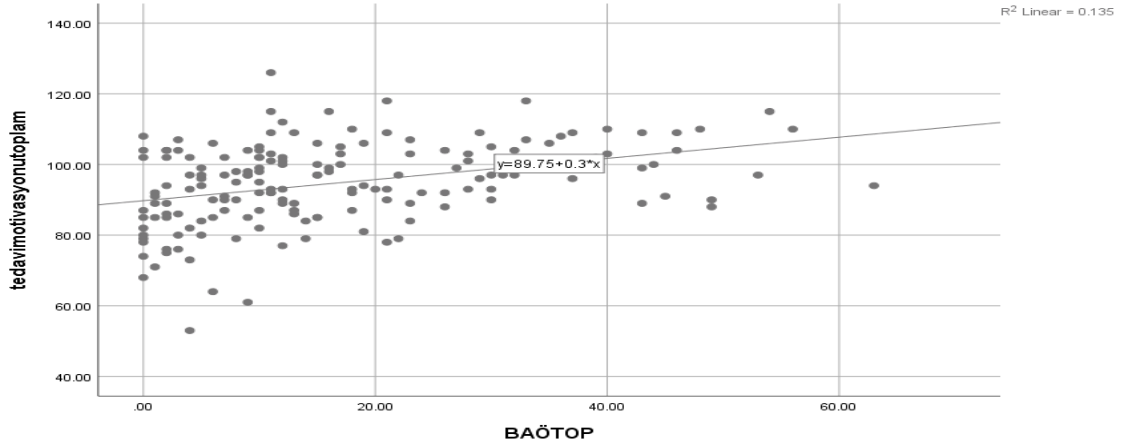
Tablo 4.13: Tedavi motivasyonu puanı ve anksiyete puanı arası basit regresyon analizi sonuçları

Bağımlı Değişken	Yordayıcı Değişkenler	B	SH	β	t	p	Adj. R
TMA	BAE	.300	.059	.367	5.043	.000**	.130

Not: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Tedavi motivasyonu puanı ile anksiyete puanı arasında artan düzeyde pozitif bir korelasyon ($y=a+bx$; y =Tedavi motivasyonu, bağımlı değişken değeri, x =Beck anksiyete, bağımsız değişken değeri, a =Regresyon doğrusunun kesişim değeri (sabit değer), b =Regresyon doğrusunun eğimi; $y=89,75+0,3*x$) mevcuttur. Bu modele göre Beck anksiyetede bir birimlik artışın, tedavi motivasyonunda 0,3 birimlik bir artışa neden

olacağı söylenebilir. Bu durum Şekil 4.2’de gösterilmektedir. H2-) “Kumar oynama bozukluğu tanılı hastalarda anksiyetenin artması, tedavi motivasyonunu arttırır”, hipotezi doğrulanmıştır.



Şekil 4.2: Tedavi motivasyonu ve anksiyete puanı değişim grafiği

4.10.3. Üçüncü Hipotez: Sosyal Destek ve Tedavi Motivasyonu İlişkisi

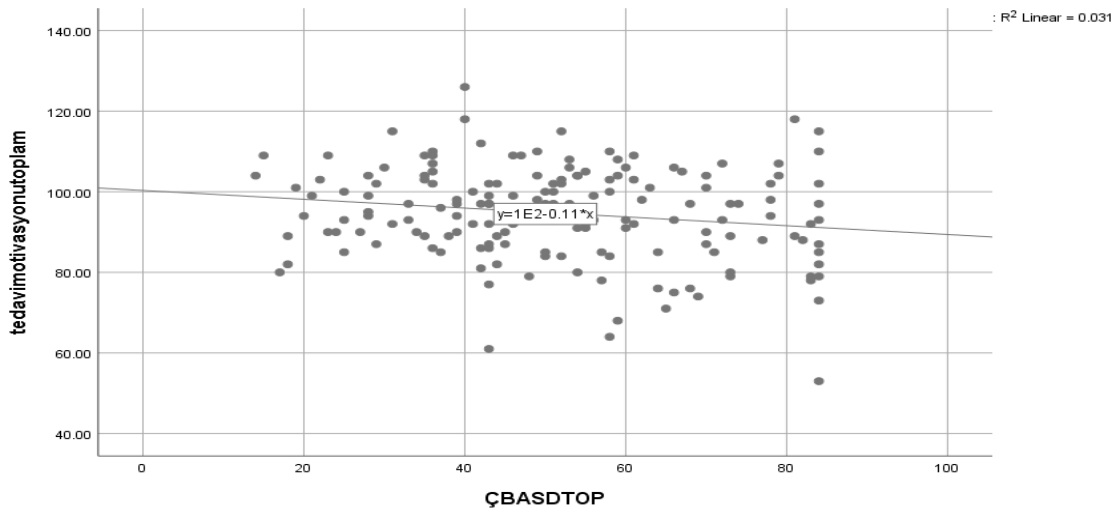
Tedavi motivasyonu puanı ile sosyal destek puanı arasında yapılan basit regresyon analizinde sosyal desteğin tedavi motivasyonundaki değişimin %2,5’ini açıklamaktadır ($\beta = -0,175$, $t = -2,269$, $p < 0,05$). TMA puanı ile sosyal destek puanı arasındaki basit regresyon modeli Tablo 4.14’de verilmektedir.

Tablo 4.14: Tedavi motivasyonu puanı ve sosyal destek puanı arası basit regresyon analizi sonuçları

Bağımlı Değişken	Yordayıcı Değişkenler	B	SH	β	t	p	Adj. R
TMA	ÇBASDÖ	-0,109	0,048	-0,175	-2,269	0,025*	0,025

Not: * $p < .05$, ** $p < .01$

Tedavi motivasyonu puanı ile sosyal destek puanı arasında azalan düzeyde negatif bir korelasyon ($y=a+bx$; y =Tedavi motivasyonu, bağımlı değişken değeri, x =Çokboyutlu algılanan sosyal destek puanı, bağımsız değişken değeri, a =Regresyon doğrusunun kesişim değeri (sabit değer), b = Regresyon doğrusunun eğimi; $y=100,32-0,11*x$) mevcuttur. Bu modele göre algılanan sosyal destekteki her bir birimlik artışın, tedavi motivasyonunda 0,11 birimlik bir azalışa neden olacağı söylenebilir. Bu durum Şekil 4.3’de gösterilmektedir H3-) “Kumar oynama bozukluğu tanılı hastalarda algılanan sosyal desteğin artması, tedavi motivasyonunu artırır”, hipotezi doğrulanamamıştır.



Şekil 4.3: Tedavi motivasyonu puanı ve sosyal destek puanı değişim grafiği

4.10.4. Dördüncü Hipotez: İçselleştirilmiş Damgalanma ve Tedavi Motivasyonu İlişkisi

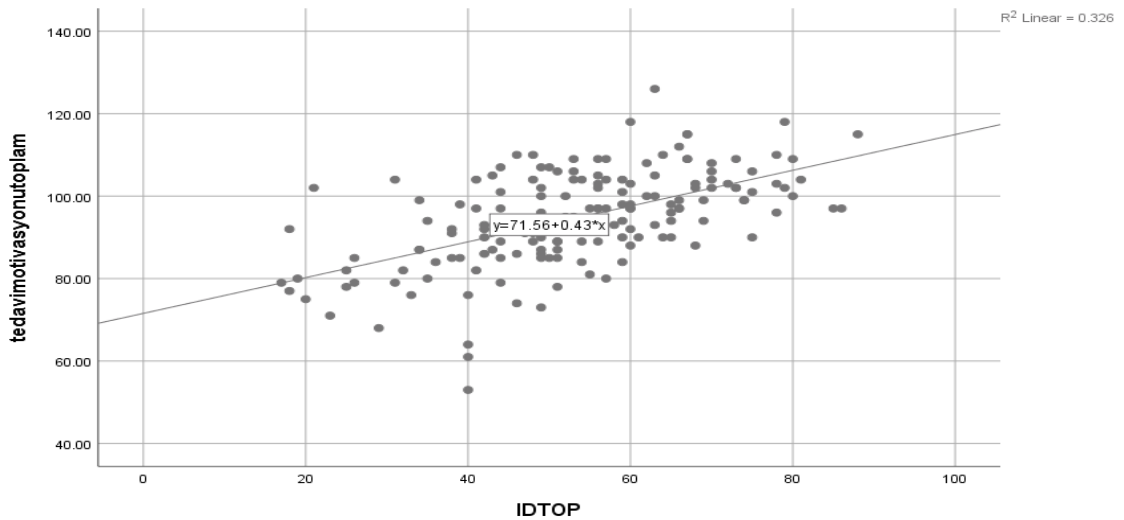
Tedavi motivasyonu puanı ile içselleştirilmiş damgalanma puanı arasında yapılan basit regresyon analizinde içselleştirilmiş damgalanmanın tedavi motivasyonundaki değişimin %32’sini açıklamaktadır ($\beta=0,571$, $t=8,884$, $p<0,01$). TMA puanı ile içselleştirilmiş damgalanma puanı arasındaki basit regresyon modeli Tablo 4.15’de verilmektedir.

Tablo 4.15: Tedavi motivasyonu puanı ve içselleştirilmiş damgalanma puanı arası basit regresyon analizi sonuçları

Bağımlı Değişken	Yordayıcı Değişkenler	B	SH	β	t	p	Adj. R
TMA	RHİDÖ	0,434	0,049	0,571	8,884	0,000**	0,322

Not: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Tedavi motivasyonu puanı ile içselleştirilmiş damgalanma puanı arasında artan düzeyde pozitif bir korelasyon ($y=a+bx$; y =Tedavi motivasyonu, bağımlı değişken değeri, x =İçselleştirilmiş damgalanma, bağımsız değişken değeri, a =Regresyon doğrusunun kesişim değeri (sabit değer), b = Regresyon doğrusunun eğimi; $y=71,56+0,43*x$) mevcuttur. Bu modele göre içselleştirilmiş damgalanmadaki bir birimlik artışın, tedavi motivasyonunda 0,43 birimlik bir artışa neden olacağı söylenebilir. Bu durum Şekil 4.4’de gösterilmektedir H4-) “Kumar oynama bozukluğu tanılı hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın artması, tedavi motivasyonunu azaltır”, hipotezi doğrulanmamıştır.



Şekil 4.4: Tedavi motivasyonu puanı ve içselleştirilmiş damgalanma puanı değişim grafiği

4.11. DEPRESYON, ANKSİYETE, SOSYAL DESTEK VE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMANIN TEDAVİ MOTİVASYONU ÜZERİNDEKİ YORDAYICI ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Çoklu doğrusal regresyon şartlarının sırasıyla sağlanması yapılarak, lojistik regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Depresyon, anksiyete, sosyal destek ve içselleştirilmiş damgalanmanın tedavi motivasyonu üzerindeki etkisini incelemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmış ve bu analizde geriye doğru seçim metodu uygulanmıştır (backward elimination method). Bu yöntem aracılığıyla modele girmesine gerek olmayan değişkenler düşük kısmi F değerine bağlı olarak elenir ve modele girmesi gereken değişkenlere son şekli verilir (131). Bu amaçla sırasıyla tedavi motivasyonu puanı ve alt boyutları (içsel motivasyon, dışsal motivasyon ve kişisel arası yardım arama) için depresyon ve anksiyete puanı, sosyal destek ölçeği puanı ve alt boyutları (aile, arkadaş ve özel bir insan) ve ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği puanı ve alt boyutları (yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme) değişkenler olarak regresyon denkleminde dahil edilmiştir.

Tedavi motivasyonu puanı için yapılan analizde ortaya çıkan modelde, üç bağımsız değişken regresyon denkleminde girmekte ve tedavi motivasyonu üzerindeki değişimin %34'ünü açıklamaktadır [$F(3,164)=29,641$, $p<0,01$, adjusted $R=0,344$]. Modelde p değerleri kontrol edildiğinde, RHİDÖ yabancılaşma alt boyutu ($\beta=0,240$, $t=2,821$ $p<0,01$), RHİDÖ kalıp yargıların onaylanması alt boyutu ($\beta=0,269$, $t=2,678$, $p<0,01$) ve RHİDÖ algılanan ayrımcılık alt boyutu ($\beta=0,176$, $t=1,998$, $p<0,05$) yordayıcı değişkenler olarak belirlenmiştir.

Tedavi motivasyonu içsel motivasyon alt boyutu için yapılan analizde ortaya çıkan modelde iki bağımsız değişken regresyon denkleminde girmekte ve bu alt boyuttaki varyansın %30'unu açıklamaktadır [$F(2,164)=36,735$, $p<0,01$, adjusted $R=0,304$]. Modelde p değerleri kontrol edildiğinde, RHİDÖ yabancılaşma alt boyutu ($\beta=0,295$, $t=2,601$, $p<0,05$) ve RHİDÖ puanı ($\beta=0,291$, $t=2,566$, $p<0,05$) yordayıcı değişkenler olarak belirlenmiştir.

Tedavi motivasyonu dışsal motivasyon alt boyutu için yapılan analizde ortaya çıkan modelde ise üç bağımsız değişken regresyon denkleminde girmekte ve bu alt boyuttaki varyansın %31'ini açıklamaktadır [$F(3,164)=25,667$, $p<0,01$, adjusted

R=0,311]. Modelde p değerleri kontrol edildiğinde, depresyon puanı ($\beta=0,196$, $t=2,236$, $p<0,05$), anksiyete puanı ($\beta=0,168$; $t=2,124$, $p<0,05$) ve RHİDÖ kalıp yargıların onaylanması alt boyutu ($\beta=0,321$, $t=4,006$, $p<0,01$) yordayıcı değişkenler olarak belirlenmiştir.

Tedavi motivasyonu kişiler arası yardım arama alt boyutu için yapılan analizde ortaya çıkan modelde ise bir bağımsız değişken regresyon denklemine girmekte ve bu alt boyuttaki varyansın %6'sını açıklamaktadır [$F(1, 164)=11,859$, $p<0,01$, adjusted $R=0,062$]. Modelde p değerleri kontrol edildiğinde, RHİDÖ kalıp yargıların onaylanması ($\beta=0,260$; $t=3,444$, $p<0,01$) yordayıcı değişken olarak belirlenmiştir. Regresyon analizlerine ilişkin Tablo 4.16'da yer almaktadır.

Tablo 4.16: Depresyon, anksiyete, sosyal destek, içselleştirilmiş damgalanmanın tedavi motivasyonu üzerindeki yordayıcı etkisi

Bağımlı Değişken	Yordayıcı Değişkenler	B	SH	β	t	p	Adj. R
TMA Puanı	Yabancılaşma	0,668	0,237	0,240	2,821	0,005**	0,344
	Kalıp Yargıların Onaylanması	0,701	0,262	0,269	2,678	0,008**	
	Algılanan Ayrımcılık	0,518	0,259	0,176	1,998	0,047*	
İçsel Motivasyon	Yabancılaşma	0,443	0,171	0,295	2,601	0,010*	0,304
	RHİDÖ	0,119	0,047	0,291	2,566	0,011*	
Dışsal Motivasyon	BDE	0,061	0,027	0,196	2,236	0,027*	0,311
	BAE	0,045	0,021	0,168	2,124	0,035*	
	Kalıp Yargıların Onaylanması	0,272	0,068	0,321	4,006	0,000**	
Kişiler arası Yardım Arama	Kalıp Yargıların Onaylanması	0,271	0,079	0,260	3,444	0,001**	0,062

Not: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

5. TARTIŞMA

Araştırmadan elde edilen en önemli sonuç; kumar oynama bozukluğu hastalarının tedavi motivasyonları üzerinde depresyon, anksiyete, içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal desteğin ne kadar etkili olduğu ile ilgili yapılan regresyon analizinden; tedavi motivasyonu üzerine yalnızca içselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin alt boyutlarından yabancılaşıma, kalıp yargıların onaylanması ve algılanan ayrımcılığın etkili olduğu ve tedavi motivasyonundaki varyansın %34'ünü açıkladığı sonucuna ulaşılmıştır.

5.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERLE KLİNİK ÖZELLİKLER, DEPRESYON, ANKSİYETE, İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA, SOSYAL DESTEK VE TEDAVİ MOTİVASYONU ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN YORUMLANMASI

Bu çalışmada katılımcıların depresyon, anksiyete, sosyal destek, içselleştirilmiş damgalanma ve tedavi motivasyonu düzeylerinin yaş, eğitim, kumar oynamaya başlama yaşı, toplam kumar oynama süresi, sosyal güvence, anne-babanın sağ olması, birlikte yaşama durumu ve eğitim düzeyi, çalışma durumu ve şekli, gelir düzeyi, medeni durum, çocuk sahibi olma, kiminle birlikte yaşandığı, kumar oynama sıklığı, ayaktan-yatarak tedavi ve adli öykü durumu puanlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Depresyon, içselleştirilmiş damgalanma ve tedavi motivasyonu puanları ile tüm demografik değişkenlere ait puanlar arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir. Bu durum, katılımcıların demografik özellikleri arasında eşit bir dağılımın bulunmasından kaynaklı olabilir. Ayrıca, sosyal destekle anne, baba eğitim durumu ve adli öykü puanları arasında, anksiyete puanı ile de kumar oynama sıklığı puanı arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Literatürde Kristiansen ve ark. tarafından yapılan araştırma sonucunda da bu araştırmadan elde edilen bulguyu destekler nitelikte olup ebeveynlerin eğitim seviyelerinin düşüklüğüne bağlı olarak bireylerin kumar oynama davranışlarının artış gösterdiği belirtilmektedir (132).

Çalışma sonucunda katılımcıların; yaş aralığı olarak en fazla 31-40 yaş arasındaki grupta kümelenedikleri ve bunu da 18-30 yaş aralığının izlediği, katılımcıların yaş ortalamasının 32,7 yıl olduğu saptandı. Bu bulgular literatürdeki çalışmalarla uyumludur (133-136)

Katılımcılarda en fazla eğitim seviyesinin 9-12 yıl ve bunu da 13-16 yılın takip ettiği ve eğitim ortalamalarının 12,6 yıl olduğu tespit edildi. Bu araştırmadan elde edilen bulgunun literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Katılımcıların daha üst bir eğitim seviyesine geçememeleri kumar oynama bozukluğunun yaratmış olduğu sorunlardan kaynaklı olabilir (134,136).

Katılımcıların %51'inin evli, %42'sinin bekar ve %6'sının boşanmış/ayrılacak/dul olarak yaşadıkları ve bu bulguların literatürle uyumlu olduğu tespit edildi (134). Katılımcılar arasında bekar oranının bu denli yüksek olmasında kumarın yaratmış olduğu ekonomik sorunlar, düzenli bir ilişki kurulamaması ve kumar nedeniyle düzenli bir işte çalışamama gibi nedenlerin etkili olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Katılımcıların %73'ünün düzenli bir işte çalıştığı ve %38'inin 4.500-10.000 TL arası orta bir gelire sahip olduğu tespit edilmiş olup bu bulgu literatürle uyumludur (134). Sosyoekonomik düzeyle içselleştirilmiş damgalanma tutumları arasındaki ilişki incelendiğinde, üst sosyoekonomik düzeyde yer alanların ruhsal hastalıklar konusunda daha fazla bilgi sahibi oldukları, bu nedenle kendileri ya da çevrelerinde gördükleri kişilerdeki ruhsal hastalıklara karşı daha fazla toleranslı olabildikleri, dolayısıyla içselleştirilmiş damgalanmaya karşı daha fazla direnç gösterebilecekleri bildirilmektedir (137,138). Araştırma neticesinde; katılımcıların gelir düzeylerinin orta seviyede olduğu ve yarısından fazlasının çalışmaya devam ettiği bulundu. Katılımcıların gelir düzeyleri ve çalışma durumlarıyla depresyon, anksiyete, sosyal destek, içselleştirilmiş damgalanma ve tedavi motivasyonları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı. Katılımcıların gelir seviyesinin orta seviyede ve yarısından fazlasının çalışması hastalardaki damgalanma algısına bağlı olarak kişilerin toplum içindeki statüsünü, sosyal işlevselliğini ve en son olarakta gelir seviyesine etki edebilir. Kişilerin damgalanma karşısında sosyal, ekonomik ve mesleki durumlarında çok sık ve hızlı kayıplar yaşadıkları belirtilmektedir (139). Bu bulgular literatürdeki birçok çalışmayla uyumludur (73,118,140-142).

Kumar oynamaya başlama yaş aralığı olarak da ilk sırada 10-20 yaş aralığının ve sonrasında 20-30 yaş aralığının bulunduğu tespit edildi. Kumar oynamaya başlama yaş ortalamasının 21,2 yıl olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç literatürle uyumludur (134,136). Bu araştırmada kumar oynama yaş aralığının adolesan dönemden genç yetişkinliğe geçiş denk gelmesi literatür ile uyumludur. Başlangıç yaşının bu şekilde düşük çıkmasının

nedeni olarak yasa dışı bahis siteleri ve bu bunlara erişim imkanlarının artması, sosyal kabul alma ihtiyaçları, yenilik arama, riskli davranışlarda bulunma eğilimlerinin fazla olması, nörolojik ve psikolojik yönden davranışsal kontrolün tam oluşmamış olması şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca, kumar oynamaya başlama yaş ortalaması literatürle uyumlu olup, nökslerle ve remisyonlarla yaşam boyu sürekli bir seyir izleyen kumar oynama bozukluğunun erken tanısı ve tedavisi için önemlidir.

Toplam kumar oynama süresi 10,35 yıl olarak tespit edildi. Bu bulgunun literatürle uyumlu olduğu tespit edildi (140). Kumar oynama sıklığına göre haftada her gün kumar oynayanların oranı %58 ve haftada 3-4 kez kumar oynayanların da oranı %27 olarak bulunmuş olup, bu sonucun literatürle uyumlu olduğu görülmektedir (135).

Kumar oynama sıklığına göre; her gün kumar oynayanlarla, haftada üç-dört kez kumar oynayanların anksiyete puanları arasında anlamlı bir farklılık mevcuttur. Her gün kumar oynayanların haftada üç-dört kez kumar oynayanlara göre anksiyete puanlarının daha fazla olduğu görülmektedir. Anksiyete puanlarının daha yüksek olmasında; hastalığın seyri sırasında görülen düzenli şekilde artan daha fazla kumar oynamaya duyulan ihtiyaç, daha çok kumar oynamak için paranın nereden temin edileceği ile ilgili yaşanan sıkıntı, yaşanan mali sorunlar, kaybedilen paranın yarattığı suçluluk, kaybedilen paranın bir an önce tekrar geriye konulması arzusunun yarattığı huzursuzluk, çevresindekilerden kumar oynadığını ve kayıplarını gizlemeye yönelik yalan söyleme gibi durumlar kişinin anksiyete seviyesini yükseltmiş olabilir. Her gün kumar oynayanların haftada üç-dört kez kumar oynayanlara göre anksiyete seviyelerinin yüksek olmasının başka bir nedeni olarak stresli ya da zor durumlarla karşılaşmaları durumunda artan kaygı seviyeleriyle baş edebilmek adına daha fazla kumar oynamaya bir baş etme yöntemi olarakta başvurabileceklerin düşündürmektedir. Ayrıca katılımcıların çevrelerinden iş, okul, aile ve günlük sorumlulukları ile aldıkları geri bildirimler kişilerde hayatlarına müdahale edilmesi olarak algılanıp bunaltıcı olabilir ve kaygı seviyelerinin yükselmesine neden olabilir şeklinde de yorumlanabilir.

Çalışma kapsamında katılımcılardan annesi lise mezunu olanların okuryazar olanlara ve babası lisans ve üzeri mezun olanların da aynı şekilde okuryazar olanlara göre algıladıkları sosyal destek puanlarının farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Ebeveyn eğitim düzeylerine göre katılımcıların algıladıkları sosyal destek puanlarında yalnızca iki eğitim düzeyi yönünden farklılığın görülmesi genel bir yorum yapmayı zorlaştırmaktadır.

Ebeveyn eğitim düzeyleri ile katılımcıların algıladıkları sosyal destek puanları arasındaki ilişki değerlendirilirken bu durum göz önünde bulundurulmalıdır.

Adli öykü durumuna göre algılanan sosyal destekte; adli öyküsü olmayan kumar grubu ile kumar harici nedenlerle adli öyküye sahip olan grup arasında sosyal destek puanlarına göre anlamlı farklılık bulunmaktadır. Bu sonuca göre adli öyküsü olmayan kumar bağımlılarının, kumar harici nedenlerle adli öyküsü bulunan kumar bağımlısı grubundakilere göre eş, sevgili, aile üyeleri, arkadaşlar, iş arkadaşları ve komşular gibi sosyal destek sağlayıcılarından daha fazla sosyal destek gördükleri sonucuna ulaşılmaktadır. Adli öyküsü olanlara verilen sosyal desteğin yeterli seviyede olmaması; ayrımcılık, damgalanma, iletişim sorunları, tehdit ve risk unsuru olarak görülme gibi sergilenen olumsuz toplumsal tutumlar ile açıklanabilir.

5.2. DEPRESYON, ANKSİYETE, İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA, SOSYAL DESTEK VE TEDAVİ MOTİVASYONU ÖLÇEKLERİNDEN ELDE EDİLEN PUANLARIN YORUMLANMASI

Rizeanu (87) tarafından patolojik kumar bağımlısı tanısı alan hastalarda yapılan bir araştırma sonucunda; patolojik olarak kumar oynamanın depresyon ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Gene Rizenau (143) tarafından yapılan başka bir çalışmada da kumar oynama bozukluğu tanısı alan hastaların %64,71'inde bir tür kaygı bozukluğunun görüldüğü belirtilmiştir. Barrault ve Varescon (102) tarafından yapılan başka bir araştırmanın sonucu da patolojik kumarbazların, problemlili kumar oynayanlardan ve patolojik olmayan kumarbazlardan daha yüksek düzeyde depresyon ve anksiyete puanlarına sahip olduğunu göstermektedir. Altıntaş (136) tarafından yapılan çalışmada kumar oynama bozukluğu hastalarının kumarla ilgili şikayetlerden daha çok kumarın neden olduğu depresyon ve anksiyete gibi eş tanıları nedeniyle tedavi başvurusunda bulunduklarını ve tedavi sürecinde bu bulgulara yönelik olarak daha bütüncül bir tedavi planlamasının yapılmasının önemli olduğu ifade edilmektedir. Lorains ve ark. (18) tarafından yapılan literatür gözden geçirme çalışmasında yapılan araştırmalar içerisinde patolojik kumar oynama bozukluğuna eşlik eden hastalıklar arasında %60,1 oranında nikotin bağımlılığı, %57,5 oranında madde kullanım bozukluğu, %37,9 oranında duygu durum bozuklukları ve %37,4 oranında anksiyete bozukluklarının eşlik ettiği bulunmuştur. Blaszczynski ve McConaghy (144) tarafından yapılan çalışmada da kaygı ve depresyonun kumar oynama davranışının önemli bir belirleyici olup olmadığı

araştırılmış ve elde edilen sonuçlara göre patolojik kumar oynayanların orta düzeyde bir depresyona sahip oldukları, durumluk ve sürekli kaygı puanlarının da Spielberger'in normatif nöropsikiyatrik hasta örnekleminde farklı olmadığını fakat üniversite öğrencilerine göre kaygı puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşıldığı belirtilmektedir. Online kumar oynama bozukluğu hastaları ile İsmail ve Hamid (145) tarafından yapılan araştırmada depresyonun regresyon analizinde varyansın %69'unu açıkladığı sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma kapsamında elde edilen Beck depresyon puanı grup ortalaması 22,15 ve Beck anksiyete puanı grup ortalaması da 16,42 puan ile hafif orta düzeyde depresyon ve anksiyetenin varlığını göstermektedir. Bu sonuç Milosevic ve Ledgerwood (146) tarafından yapılan çalışmadaki, kumar oynama davranışı gösteren kişilerin dürtüsel, düşmanca tavırlarda bulunabileceği, anksiyete bozuklukları gösterebilecekleri ve depresif semptomlarının olabileceği şeklinde belirttikleri sonuçlar yönünden de literatürle uyumlu bulunmaktadır.

İçselleştirilmiş damgalanma ölçeği puanı ve alt boyutlarının grup puan ortalamaları; yabancılaşma alt ölçeğinin 18,19, kalıp yargıların onaylanması alt ölçeğinin 17,73, algılanan ayrımcılık alt ölçeğinin 12,71, sosyal geri çekilme alt ölçeğinin 15,21, damgalanmaya karşı direnç alt ölçeğinin 10,58 ve ölçek toplam puanı ise 53,27 ile orta düzeyde bulunmuştur. Alt boyutlar içerisinde en yüksek puan yabancılaşma alt ölçeğine aitken, en düşük puanının damgalanmaya karşı direnç alt boyutuna ait olduğu bulundu. Damgalanmaya karşı direncin tüm psikiyatrik hasarlıklarda özsaygının bir yordayıcısı olduğu, bireylerin haksız sosyal damgalanma karşısında buna nasıl direneceklerinin farkında olmadıkları ve damgalanmaya karşı mücadele edemedikleri bildirilmektedir (56,147). Bu nedenle damgalanmaya karşı direnç puanlarının düşük olabileceğinin belirtilmesi bu araştırmadan elde edilen sonuç ile uyumludur. Araştırmada içselleştirilmiş damgalanma ortalama puanı orta düzeyde belirlenmiş olup bu sonuç literatürdeki diğer araştırma sonuçlarıyla da uyumludur (9,10). Ancak, bu alandaki çalışmaların sayıları kısıtlıdır.

İçselleştirilmiş damgalanma alt boyutlarına ait puanlar depresyon semptomu gösterenler ölçek kesme puanlarına göre ayrıldıklarında hafif ve orta ve üstü semptom gösterenlerin puanları karşılaştırıldığında; orta ve üstü depresyon semptomu gösteren grubun hafif düzey semptom gösteren gruba kıyasla yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme alt boyutları ve içselleştirilmiş

damgalanma ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı saptandı. Bu bulgular bağlamında, depresyon puanlarının şiddetlenmesi ile içselleştirilmiş damgalanma puanlarının artış gösterdiği, depresyon puanlarının düşmesi ile de içselleştirilmiş damgalanma puanlarının düşüşe geçtiği şeklinde yorumlanabilir. Ruhsal sorunların şiddetinin artmasının içselleştirilmiş damgalanmaya neden olabileceği ve genel psikopatoloji düzeyiyle içselleştirilmiş damgalanmanın yakın bir ilişki içerisinde olabileceğini belirtilmektedir (60). İçselleştirilmiş damgalanmanın en fazla etkilediği grupların başında psikiyatrik rahatsızlıkları olan bireylerin yer aldığı ve bu kişilerin damgalanma nedeniyle sosyal ilişkilerinde ciddi sorunlar yaşadıkları bildirilmektedir (78,148,149). Sosyal ilişkilerin bozulması nedeniyle bireylerin toplum dışında kaldıkları ve dışlanmaya maruz kaldıkları ifade edilmektedir (80,81,150-152). Bu araştırmadan elde edilen bulguların literatürdeki araştırmalardan elde edilen bulgularla uyumlu olduğu tespit edildi.

Çokboyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanı ve alt boyutlarının grup puan ortalamaları; aile alt boyutunun 15,31, arkadaş alt boyutunun 15,24, özel bir insan alt boyutunun 21,17 ve ölçek toplam puanı ise 51,72 ile orta düzeyde bulunmuştur. Ölçek alt boyutları içerisinde en yüksek puan özel bir insan alt boyutuna aitken, en düşük puanın arkadaş alt boyutuna ait olduğu bulundu. Çokboyutlu algılanan sosyal destek alt boyutlarına ait puanlar depresyon semptomu gösterenler ölçek kesme puanlarına göre ayrıldıklarında hafif ve orta ve üstü semptom gösterenlerin puanları karşılaştırıldığında; orta ve üstü depresyon semptomu gösteren grubun hafif düzey semptom gösteren gruba göre aile, arkadaş, özel bir insan alt boyutları ve çokboyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanlarının daha düşük olduğu ve gruplar arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edildi. Bu bulgular bağlamında, depresyon puanlarının şiddetlenmesinin bireylerin algıladıkları sosyal destek puanlarını düşürebileceği şeklinde yorumlanabilir. Ersoy ve Varan (60) tarafından yapılan araştırma sonucunda, içselleştirilmiş damgalanma nedeniyle sosyal ilişkileri zayıflayan kişilerin çevrelerindeki kısıtlı sayıdaki kişilere daha fazla bağlanacakları, kendilerini onlara karşı bağımlı hissedecekleri ve daha çok sosyal destek arayışı içerisine girecekleri şeklinde belirtilmektedir. Başka bir ifade ile, alınan sosyal destek ile birlikte içselleştirilmiş damgalanmanın azalacağının belirtilmesi bu araştırmanın sonuçları ile uyumludur. Ayrıca araştırma kapsamında elde edilen bulgular çerçevesinde depresyon, içselleştirilmiş damgalanma ve tedavi motivasyonunun artmasının algılanan sosyal

desteği dūřureceęi tespit edildi. Bu bulgulara göre, yaşanılan rahatsızlıklara bağlı olarak yaşanılan damgalanmanla ile birlikte kişiye çevresi tarafından bir sosyal mesafe konulması ve iletişim kurulmak istenmemesi gibi nedenlerle kişilerin ihtiyaç duydukları sosyal desteğe ulaşamadıkları; tedavi motivasyonlarının artması ile kişinin çevresiyle daha rahat iletişim kurabilmesi, daha az seviyede sosyal destek arayışı içerisine girmesi, özgüvenin artması, utanç ve suçluluk gibi durumları daha az yaşaması nedeniyle çevresinden daha az sosyal desteğe ihtiyaç duyması ve kendisine de çevresi tarafından daha az sosyal destek verilebileceği şeklinde yorumlanabilir. Bir başka deyişle, depresyon ve içselleştirilmiş damgalanmanın şiddetinin alınacak sosyal destek artışı ile birlikte tedavi motivasyonunun artışı geçmesini sağlayabileceği ve tedavi sürecinde tedavi motivasyonunun idamesi yolu ile de algılanan sosyal desteğe olan ihtiya ın azalabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Bu araştırma kapsamında Çokboyutlu algılanan sosyal destek toplam puan ortalamasının $51,72 \pm 18,524$ ile orta düzeyde olduğu, katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyinin yüksek olmaması nedeniyle sosyal destek azlığının kişilerin iş bulmasında, okul, iş yaşamında, arkadaş ve komşuluk bağları kurmalarında önemli sorunlar yaratabileceği, toplum tarafından gösterilen tüm bu soyutlayıcı ve dışlayıcı tutumların da hastaların tedavi sürecinde almaları gereken sosyal desteğin azalmasına neden olabileceği görüşü de bu araştırmadan elde edilen sonuçlar ile uyumlu görülmektedir (82).

Tedavi motivasyonu  l eği puanı ve alt boyutlarının grup puan ortalamaları puan sıralamalarına göre; içsel motivasyon alt boyutunun 48,92, kişilerarası yardım arama alt boyutunun 21,24, tedaviye güven alt boyutunun 13,08, dışsal motivasyon alt boyutunun 11,43 ve ölçek toplam puanı ise 94,67 ile orta düzeyde bulundu. Ölçek alt boyutları içerisinde en yüksek puan içsel motivasyon alt boyutuna aitken, en düşük puanının dışsal motivasyon alt boyutuna ait olduğu tespit edildi. Araştırmada tedavi motivasyonu  l eği ortalama puanının orta düzeyde olması, kumar oynama bozukluğu tanısı alan kişilerde tedaviyi bırakmanın nedenlerini inceleyen 12 çalışmanın değerlendirildiği bir derleme çalışmasındaki bulgularla uyumludur (11). Araştırma neticesinde orta seviyede bulunan bu puanın arttırılmasına yönelik girişimlerde bulunulmasının tedavide olumlu etkisinin olabileceği değerlendirilmektedir.

Tedavi motivasyonu alt ölçeğine ait puanlar depresyon semptomu gösterenler ölçek kesme puanlarına göre ayrıldıklarında hafif ve orta ve üstü semptom gösterenlerin puanları karşılaştırıldığında; orta ve üstü depresyon semptomu gösteren grubun hafif düzey semptom gösteren gruba göre içsel motivasyon puanlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulundu. Bu bulgular bağlamında, depresyon puanlarının şiddetlenmesi ile içsel motivasyon puanlarının artış gösterdiği ve depresyon puanlarının düşmesi ile de içsel motivasyon puanlarının düşüşe geçtiği şeklinde yorumlanabilir. Bilici ve ark. tarafından madde kullanım bozukluğu hastalarında kendi rızası ya da ailevi/hukuksal zorlama ile tedaviye başvuranlarda tedavi motivasyonunun araştırılması ile ilgili yapılan araştırma sonucunda; yüksek depresyon puanına sahip olan hastaların tedavi motivasyonlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (153). Bu araştırma sonucunda katılımcılardan orta ve üstü düzeyde depresyon semptomu gösterenlerin hafif düzeyde depresyon semptomu gösterenlere kıyasla depresyon şiddetinin artışına bağlı olarak içsel motivasyon puanlarının orta ve üstü depresif semptom gösteren grup için anlamlı olacak şekilde artış gösterdiği belirlendi. Literatürle uyumlu bulunan bu sonucun nedeni olarak Bilici ve ark. tarafından yapılan araştırmadaki madde kullanım bozukluğu hastalarında tespit edilen depresyon semptomları ile bu çalışmada yer alan kumar oynama bozukluğu hastalarında görülen depresyon semptomlarının tedavi motivasyonuna etkilerinin benzer olabileceği, ayrıca madde ve kumar oynama bozukluğunda hastaların zorunlu ve kendi istekleri ile tedaviye başvurma durumunun da bu araştırmada depresyonun etkisinden bağımsız olacak şekilde hastaların tedavi motivasyonlarının yüksek bulunmasında bir etkisinin olabileceği şeklinde yorumlanabilir (153).

5.3. DEPRESYON, ANKSİYETE, İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA, SOSYAL DESTEK VE TEDAVİ MOTİVASYONU ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN YORUMLANMASI

Ölçekler arasındaki ilişkilere bakıldığında; Beck depresyon ölçeği ile içselleştirilmiş damgalanma ölçeği alt boyutlarından yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme alt boyutları ve içselleştirilmiş damgalanma ölçeği puanı arasında orta düzeyde pozitif ilişki ve Beck depresyon ölçeği ile tedavi motivasyonu alt boyutlarından dışsal motivasyon alt ölçeği ve TMA puanı arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki saptandı.

Depresyon ve içselleştirilmiş damgalanma arasındaki orta düzey ilişkinin varlığı; depresyonun kuramsal açıdan kişinin hem kumar davranışları nedeniyle duymuş olduğu suçluluktan ötürü kendisini olumsuz değerlendirmesi, hem de çevresi tarafından olumsuz yönde değerlendirilmesinin içselleştirilmiş damgalanmayı arttırabileceği ve artan damgalanma ile birlikte kişinin duyduğu nefretin; utanma, karamsarlık ve değersizlik gibi depresif semptomlara dönebileceği bu sebeple kişinin nefretin yarattığı etkilerden sakınabileceği ve daha depresif bir hale gelebileceği şeklinde yorumlanabilir. Bu durum depresyon ve içselleştirilmiş damgalanma arasında bulunan ilişkiyi kanıtlamaktadır (154-157).

Beck anksiyete ölçeği ile tedavi motivasyonu ölçeklerinden dışsal motivasyon alt ölçeği arasında orta düzeyde pozitif ilişki ve Beck anksiyete ölçeği ile içselleştirilmiş damgalanma ölçeği alt boyutlarından yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, sosyal geri çekilme alt boyutları ve içselleştirilmiş damgalanma ölçeği puanı arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki saptandı.

Gordana ve ark. (158) tarafından yapılan araştırma sonucunda, duygudurum bozukluğu olan hastaların depresyon ve anksiyete puanlarının yüksek olduğu ve bunların tedavi motivasyonu ile arasında anlamlı bir ilişkinin bulunduğu belirtilmektedir. Depresyon ve anksiyetenin tedavi uyumuna etkisinin olabileceği belirtilmektedir. Bu araştırma sonucunda da yapılan regresyon analizinde tedavi motivasyonu alt boyutlarından dışsal motivasyonda depresyonun ve anksiyetenin etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kişilerin sahip olduğu dışsal motivasyonlarının oluşumunda depresyon ve anksiyetenin yordayıcı oldukları sonucuna ulaşılmaktadır. Bu sonucun literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Alkol ve madde kullanım bozukluğunun fiziksel, sosyal ve psikolojik olumsuz sonuçlarının davranış değiştirme olasılıklarına etki edebileceği ve tedavi süresince meydana gelen tedavi motivasyonu ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir (107). Depresyonda motivasyonsuzluk bir semptom olarak belirtilse de sınırlı sayıda çalışmada depresyondaki hastaların tedavi motivasyonlarının, depresyonu olmayanlara göre daha fazla olduğu belirtilmektedir (159-161). Opiyat kullanım bozukluğu hastalarının tedavilerinde bireylerin deneyimledikleri olumsuz sonuçların sebebi olarak opiyat kullanım bozukluğunu fark etmeye başlamaları ve bundan ötürü tedavi motivasyonlarının artmış olabileceği belirtilmektedir (118). Bu çalışmada da kumar oynama bozukluğu

hastalarının çoğunluğunun her gün kumar oynamalarına bağılı olarak yaşadıkları mali, hukuki, ailevi sebepler ve düşük gelir seviyesi gibi sosyal sorunların yanı sıra sosyal destek azlığı, depresyon, anksiyete, yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve içselleştirilmiş damgalanma gibi psikolojik sorunlarının yüksek olduğu dolayısıyla hastaların yaşadıkların tüm bu olumsuzlukların nedeni olarak kumar oynama bozukluğunu görmeye başlamalarının tedavi motivasyonunun orta düzeyde olmasına sebep olabileceği ile ilgili kanıt olarak sunulabilir.

Hutchison ve ark. (162) tarafından yapılan bir araştırmada kumar oynama bozukluğu tanısı alıp adsız kumarbazlar grubundan destek alan hastalarla, bu gruba dahil olmayıp iyileşme grubunda yer alan kumar oynama bozukluğu hastaları karşılaştırıldıklarında, adsız kumarbazlar grubunda yer alan hastaların birbirlerine verdikleri karşılıklı sosyal desteğin, iyileşmelerine daha fazla katkı sağladığı sonucuna ulaşılmıştır. Weinstock ve Petry tarafından (83) yapılan araştırmada, üniversite öğrencilerinden patolojik kumar bağımlısı tanısı alanlarda, patolojik kumar bağımlılığı tanısı almayanlara göre algılanan sosyal desteğin daha az olduğunun tespit edildiği belirtilmektedir. Ayrıca araştırma neticesinde psikolojik olarak erişilebilir bir sosyal desteğe sahip olmanın patolojik kumar oynama davranışını azaltabileceği ve genel nüfusa yönelik olarakta sosyal desteğin artırılmasının müdahale girişimlerinde etkili olabileceği ifade edilmektedir. Petry ve Weiss (84) tarafından yapılan başka bir araştırmada da yalnızca adsız kumarbazlar grubuna yönlendirilenlerle, hem adsız kumarbazlar grubuna yönlendirilen hem de grupta bilişsel davranışçı terapi uygulanan toplamda 231 hastanın karşılaştırılması sonucunda yaşamları boyunca yüksek seviyede sosyal desteğe sahip olanların, olmayanlara göre daha az psikiyatrik sorunlar yaşadığı, daha az düzeyde sosyal desteğe sahip olanların daha az arkadaşının olduğu, bir önceki ay içerisinde anneleri, eşleri ve iş arkadaşlarıyla ciddi iletişim sorunları yaşadıkları bildirilmektedir. Hing ve ark. (110) tarafından yorumlayıcı fenomenolojik analiz kullanılarak kumar oynama bozukluğu tanısı alan 44 hasta ile yapılan araştırma sonucunda kumar oynadığını etrafındakilere ifşa eden kumar oynama bozukluğu hastalarından bazılarının aile ve arkadaşlarından beklediklerinden daha fazla sosyal destek aldıkları belirtilmişken, bazılarının da suçlanma, öfke, aşağılanma ve eleştiriye maruz kaldıkları belirtilmektedir. Bu çalışmada, algılanan sosyal destek ölçeğinin tüm alt boyutları ve toplam puanı ile depresyon arasında zayıf düzeyde negatif ve anksiyete ile aile alt ölçeği arasında zayıf

düzeyde negatif anlamlı bir ilişkinin varlığı söz konusu olup, algılanan sosyal desteğin artışına bağlı olarak literatürle uyumlu şekilde depresyon semptomlarının azalmasına imkân sağlayabileceği şeklinde yorumlanabilir (163-165).

Çokboyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ile içsel motivasyon ölçeği ve tedavi motivasyonu puanı arasında zayıf düzeyde negatif ilişki; yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve içselleştirilmiş damgalanma puanı arasında zayıf düzeyde negatif ilişki; aile alt ölçeği ile içsel motivasyon, dışsal motivasyon alt boyut puanları ve tedavi motivasyonu puanı arasında zayıf düzeyde negatif ilişki; arkadaş alt ölçeği ile içsel motivasyon arasında zayıf düzeyde negatif ilişki; aile ve arkadaş alt boyutları ile yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme alt boyutları ve içselleştirilmiş damgalanma ölçeği puanı arasında zayıf düzeyde negatif ilişki; özel bir insan alt ölçeği ile algılanan ayrımcılık alt ölçeği ve içselleştirilmiş damgalanma ölçeği puanı arasında zayıf düzeyde negatif ilişki saptandı.

Mohamed ve ark. tarafından yapılan araştırma sonucunda, madde kullanım bozukluğu hastalarında sosyal destek artışının tedavi motivasyonunu artırdığı ve sosyal destek ile tedavi motivasyonu arasında pozitif korelasyon bulunduğu belirtilmektedir (166). Bu araştırmada sosyal destek ile tedavi motivasyonu arasında zayıf düzeyde negatif korelasyon tespit edildi. Tanrıverdi ve ark. tarafından madde kullanım bozukluğu tanısı alan hem erkek hem de kadın hastalarda sosyal destek ve sosyal desteği etkileyen faktörlerin araştırılması hakkında yapılan araştırma sonucunda; tedavi motivasyonu ve sosyal destek puanlarının orta düzeyde olduğu, katılımcıların tedavi motivasyonu alt ölçeğinden içsel motivasyona ait puanlarının en yüksek düzeyde olduğu, bir işte çalışmanın hem sosyal desteği hem de tedavi motivasyonunu arttırdığı, katılımcıların sosyal destek düzeyleri arttıkça tedavi motivasyonlarının da arttığı ve katılımcıların en fazla sosyal desteği ailelerinden aldıkları belirtilmektedir (111). Bu araştırma sonucunda tedavi motivasyonu ve sosyal destek puanlarının orta düzeyde olması ve tedavi motivasyonu ölçeklerinden alınan puanlara göre en fazla puanın içsel motivasyon alt ölçeğine ait olması Tanrıverdi ve ark. tarafından yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlar ile uyumludur. Bir işte çalışmanın hem tedavi motivasyonunu hem de sosyal desteği arttırabileceği ve katılımcıların sosyal destek düzeyleri arttıkça tedavi motivasyonlarının artış gösterebileceği ifade edilmektedir. Madde bağımlılarında iş

bulmanın kumar bağımlılığına göre daha zor olması nedeniyle madde bağımlılarının bir işte çalışma durumlarında sosyal destek ve tedavi motivasyonu düzeylerine kumar oynama bozukluğu hastalarına nazaran daha olumlu yönde etki etmiş olabileceği şeklinde düşünülmektedir. Katılımcıların algıladıkları en fazla sosyal desteği ailelerinden almaları bu araştırmadan elde edilen sonuçlarla uyumlu değildir. Bu araştırmada katılımcıların en fazla sosyal desteği özel bir insandan aldıkları belirlenmiştir. Madde bağımlılarında sosyal desteğin daha çok aile tarafından verilmesi, tedavi arayış süreci içerisinde madde kullanımı kaynaklı fiziksel belirtilerin daha fazla göz önünde bulunmasının ve hastalığın gizli kalmayarak ailelerce kabul edilmesinin hastaların daha fazla sahiplenilmesine yol açtığı ve ailelerce hastaların iyileşeceklerine dair daha fazla bir umut ve algıya sahip olunmasının da hastalara aileleri tarafından verilen sosyal desteğin artmasına neden olduğu şeklinde açıklanabilir. Kumar oynama bozukluğunda ise özel bir insan tarafından daha fazla sosyal destek verilmesinin nedeni olarak, kumar bağımlılarında evlilik oranlarının madde bağımlılarına nazaran daha yüksek olmasının, hastalığın erken dönemde fark edilerek kabul edilmesinin, çözüm yollarının aranmasının, tedavi sürecine eşlik edilmesinin, tüm sorunların hastalara sorumluluk verilerek çözülmeye çalışılmasının ve kişilerarası ilişkilerin madde kullanım bozukluğu hastalarına nazaran daha iyi olmasının etkili olduğu şeklinde yorumlanabilir. Bu araştırmada, kumar oynama bozukluğunda ailelere nazaran özel bir insanın vermiş olduğu sosyal destek arttıkça tedavi motivasyonlarının düştüğü belirlenmiştir. Hasta yakınlarında eş bağımlılık durumunun olması, hastalarda farkındalık gelişimini geciktirmiş ve tedavi motivasyonlarının sosyal desteğe rağmen düşmesinde etkili olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Tedavi motivasyonu puanı ile yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve içselleştirilmiş damgalanma ölçeği puanı arasında orta düzeyde pozitif ilişki; içsel motivasyon alt ölçeği ile yabancılaşma, kalıpyargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme alt boyutları ve içselleştirilmiş damgalanma ölçeği puanı arasında orta düzeyde pozitif ilişki; dışsal motivasyon alt ölçeği ile yabancılaşma, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme alt boyutları ve içselleştirilmiş damgalanma ölçeği puanı arasında orta düzeyde pozitif ilişki saptandı.

Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın tedavi sürecinde uyumu zora soktuğu Yılmaz ve Okanlı (167) tarafından yapılan araştırma sonucunda tespit

edilmiştir. Bu çalışmada da, tedaviye uyum sağlamada transteoritik model gereği, tedavi motivasyonunun önemli bir görev üstlendiği ve içselleştirilmiş damgalanmanın artmasının tedavi motivasyonunu olumsuz yönde etkileyebileceği varsayılmaktadır. Ancak bu çalışma sonucunda içselleştirilmiş damgalanma ile tedavi motivasyonu arasında negatif bir ilişkinin varlığı yerine pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Literatürle uyumlu değilmiş gibi görünen bu bulgu, kumar oynama ve madde kullanım bozukluğunda davranış değişikliğinin niyet öncesi, niyet, hazırlık, eylem ve sürdürme (idame) olmak üzere beş aşaması olduğunu öne süren transteoritik değişim modeliyle açıklanabilir (104,168). Bağımlılık alanında yapılan kısıtlı sayıdaki araştırmalarda bu araştırmadan elde edilen bulgularla da uyumlu olacak şekilde madde kullanım bozukluğu hastalarının tedavinin başlangıç safhasında istekli ve motive oldukları belirtilmekle birlikte, tedavi sürecinin başlamasıyla birlikte zaman içerisinde istek ve motivasyonlarının azalabileceği ve tedavi süreçlerini uzun süreli olarak devam ettirerek olumlu sonuç alabilme olasılıklarının azalabileceği belirtilmektedir (118,169,170). Bu kişilerin sıklıkla değişimlerinin kendilerine faydalı olacaklarını düşündükleri hazırlık aşamasına çapa attıkları, daha sonrasında çoğunlukla tekrar değişmeye çalıştıkları ya da süreci tekrar baştan başlattıkları bu nedenle hazırlık aşamasını eylem ve idame aşamalarının izlemediği belirtilmektedir (107). Ayrıca değişime hazırlık aşamasında ilk 30 gün içerisinde içsel motivasyonu yüksek olan hastaların dışsal motivasyonu yüksek olanlara göre 1,5 kat daha fazla bırakmaya hazır oldukları ve dışsal motivasyonu yüksek olanların altı ay sonrasında bile transteoritik modelin niyet aşamasında takılı kaldıkları ve bu nedenle tedavi sürecinde olumlu ilerleme kaydetme olasılıklarının daha az olabileceği belirtilmektedir (171). Bununla birlikte, şizofreni hastalarında yapılan bir araştırma sonucunda da değişime hazırlık ile içselleştirilmiş damgalanma arasında negatif bir ilişkinin olduğu da belirtilmektedir (172). Bu çalışma ayaktan tedavi için başvuran, transteoritik değişim modelinin hazırlık ve eylem aşamalarında yer alan kumar oynama bozukluğu hastalarını kapsamaktadır. Bu nedenle tedavi motivasyon düzeyleri ile içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmektedir. Bu hastaların tedavi süreçlerinde zamanla tedavi motivasyonlarının ne şekilde değişebileceği ve tedavi motivasyonlarının içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkisini inceleyen ek boylamsal çalışmaların yapılmasının faydalı olabileceği düşünülmektedir. Yapılan regresyon analizi sonucunda da içselleştirilmiş damgalanmanın diğer durumlardan

bağımsız bir biçimde tedavi motivasyonu ile arasında pozitif bir ilişkinin olduğu ve tedavi motivasyonunu artırmakta olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

5.4. HİPOTEZLERLE İLGİLİ ELDE EDİLEN BULGULARIN YORUMLANMASI

Araştırmada yapılan basit regresyon analizleri sonucunda; araştırmanın birinci hipotezi depresyon artışına bağlı olarak tedavi motivasyonunun artacağı ve ikinci hipotezi anksiyete artışına bağlı olarak tedavi motivasyonunun artacağı doğrulandı. Araştırmanın üçüncü hipotezi algılanan sosyal destek artışına bağlı olarak tedavi motivasyonunun artacağı doğrulanamamış tam tersi olarak tedavi motivasyonunun azaldığı ve araştırmanın dördüncü hipotezi olan içselleştirilmiş damgalanmanın artışına bağlı olarak tedavi motivasyonunun azalacağı varsayımı da doğrulanamamış, tam tersine tedavi motivasyonunun artış gösterdiği tespit edilmiştir.

Depresyonun tedavi motivasyonuna etkisini inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar görülmektedir. Kumar oynama bozukluğu ve komorbid depresyon tanısı alan hastaların depresif duygudurum, letarji, umutsuzluk hissi, ilgi ve motivasyon azalmasından ötürü sağaltımı terk etme açısından yüksek risk altında bulundukları belirtilmektedir (91-95). Kumar oynama bozukluğu hastalarında değişime hazır olmada kolaylaştırıcı faktörlerin belirlenmesine yönelik olarak yapılan araştırma sonucunda; depresif duygulanım ve sosyal desteğin yoksunluk durumunda özyeterliliğe katkı sağladığı, duygusal desteğin tek başına değişim motivasyonuna etkisinin olduğu, depresif duygulanım, duygusal farkındalık ile birlikte adsız kumarbazlar grubuna dahil olmanın hastaların değişime hazır olma motivasyonlarını arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (98). Kişinin can sıkıntısı hissetmesi, stresli, kaygılı ve çökkün ruh halinde olması, kişinin kumar oynama davranışları üzerinde düşünmesine neden olur ve kumar oynama davranışını bırakması yönünde istekli kılar (103). Psikiyatristler, kumar oynama bozukluğu olan hastaların değişim yönündeki duygusal motivasyonlarını; ağrı, acı çekme, kaygı, korku, pişmanlık ve suçluluk duygusu olarak tanımlamışlardır. Hastaların para kaybettiklerinde; negatif duygularının derinleştiği ve ailelerinin baskısıyla tedavi arama davranışı içerisine girdikleri belirtilmektedir. Ayrıca kumar sorunu olan kişilerde; uyku bozuklukları, uykusuzluk, çarpıntı, göğüste çıkışma ve anksiyete gibi nevrotik belirtiler ile sırt ağrısı gibi çeşitli bedensel rahatsızlıkların varlığından bahsedilmektedir (97). Bu

çalışmada da depresyon ve anksiyete semptomlarının artmasının tedavi motivasyonunu arttırabileceği sonucuna ulaşılması da literatürle uyumlu olduğunu göstermektedir.

Çalışmaya katılanların orta seviyede sosyal destek algılarının olduğu, algılanan sosyal destek ile hem içselleştirilmiş damgalanma hem de tedavi motivasyonu arasında zayıf düzeyde negatif bir ilişkinin olduğu; içselleştirilmiş damgalanma arttıkça algılanan sosyal desteğin düşüşe geçtiği, algılanan sosyal destek arttıkça tedavi motivasyonunun düştüğü saptandı. Yapılan bir araştırmada sosyal desteğin; stresli durumlar karşısında stres tepkilerini azaldığı ancak stres tamponu etkisinin herkes için geçerli olmadığı, hatta bazen stres arttırıcı etkisinin bile olduğu, güçlü bağıllık güdülerine sahip bireylerin sosyal destekten fayda gördüğü ancak güçlü güç güdülerine sahip bireylerinse faydalanamadığı öne sürülmektedir. Aynı zamanda sosyal destek alan bireyin sosyal bağlamdaki konumunun, sosyal destek verenlerin niyetlerinin ve kurulan sosyal ilişkilerin kalitesinin de algılanan sosyal desteği etkilediği belirtilmektedir. Sosyal desteğin güçlü bağıllık güdüsüne sahip bireylerde olumlu ve sıcak bir ilişki kurulmasını sağlarken, güçlü güç güdüsü olan bireylerde zayıflık ve aşağılık duygularını tetikleyerek, başkaları tarafından sağlanan sosyal desteğin algılanışını etkileyebildiği; bağıllık güdüsü olan bireyler için bir stres tamponu olabileceği ve güç güdüsü olan bireylerde ise bir stres arttırıcı rolünün olabileceği varsayılmaktadır (173). Yapılan başka bir çalışmada da enflamatuvar bağırsak hastalığına sahip hastalarda sosyal desteğin olumsuz etkilerinin olup olmayacağı irdelendiğinde araştırma sonucunda görüşülen kişilerin özellikle kendilerine bunalmış hissettiklerinde ve/veya bu desteği istemediklerinde sağlanan sosyal desteği olumsuz olarak algılandığı, araştırmaya katılan bazı bireylerin, sosyal iletişime geçmemek için hastalıkları hakkında konuşmayı bırakmayı seçtikleri tespit edilmiştir. Sosyal desteğin kronik hastalıklarda olumlu etkisinin olduğunun çoğu araştırmada bildirilmiş olmasına rağmen (163,164,165), bazen olumsuz bir durum yaratarak sosyal izolasyona, yalnızlığa ve sağlığın bozulmasına neden olabileceği bildirilmektedir. Bu durumun çevrimiçi destek gruplarında da olabileceği, internetten başkalarıyla bilgi paylaşımında bulunulmasının kaygıyı arttırabileceği ve bireylerin başka insanlardan destek almadan önce kendilerine sağlanacak sosyal desteğin olumsuz etkilerinin olabileceğini bilmeleri konusunda da uyarılmaları gerektiği bildirilmektedir (174). Bu durum çalışmamızdaki katılımcıların güç güdülerini nedeniyle zayıflık ve aşağılık duyguları geliştirebilecek olmaları nedeniyle algılanan sosyal desteğin artmasına rağmen tedavi motivasyonunun neden azaldığının açıklaması olabilir. Moon ve ark. (164) tarafından yapılan araştırmada alkol kullanım

bozukluğu olan sürücülerin alkol kullanımını bırakmalarına yönelik olarak düzenlenecek tedavi yaklaşımında; genel sosyal destekten ziyade kişiye özgü sosyal desteğin verilmesinin alkolü bırakmaya yönelik motivasyonun artışına katkıda bulunacağı sonucuna ulaşıldığı bildirilmektedir. Tedavi süreci içerisinde, içselleştirilmiş damgalanmanın şiddetlenmesi ile tedavi motivasyonunda meydana gelebilecek olumsuz değişimin önlenmesi ve tedavi verimliliğinin artırılabilmesi adına kişiye özgü sosyal destek algılarını arttırabilecek biçimde tedavi alımını destekleyecek sosyal destek uygulamalarına yönelik girişimlerde bulunulmasının önem arz ettiği düşünülmektedir.

Hing ve ark. (110) tarafından yapılan araştırmaya katılan kumar oynama bozukluğu hastalarından pek çoğu içselleştirilmiş damgalanmanın davranış değişikliği için motive edici etkisinin olacağını belirtmişken, birkaç kişi ise sorun yaşayan kişilerde yarattığı umutsuzluk ve başarısızlık duygusu nedeniyle içselleştirilmiş damgalanmanın hiçbir olumlu etkisinin olmayacağını belirtmektedirler. Araştırmaya katılan danışmanlar içselleştirilmiş damgalanmayla mücadele etmenin kumar oynama bozukluğunun tedavisinde hayati bir unsur olduğunu ifade etmektedirler. Bu araştırmada da içselleştirilmiş damgalanmanın artmasının davranış değişikliği için motive edici bir etkisinin olduğu ve literatürle uyumlu olacak şekilde tedavi motivasyonunu arttırabileceği görülmektedir.

5.5. DEPRESYON, ANKSİYETE, SOSYAL DESTEK VE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMANIN TEDAVİ MOTİVASYONU ÜZERİNDEKİ YORDAYICI ETKİSİ İLE İLGİLİ ELDE EDİLEN BULGULARIN YORUMLANMASI

Araştırmada tedavi motivasyonu puanına etki eden bağımsız değişkenlerin araştırıldığı çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda da depresyon, anksiyete, algılanan sosyal destek ve içselleştirilmiş damgalanma puanlarından; içselleştirilmiş damgalanma ölçeğine ait alt boyutlardan yalnızca yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması ve algılanan ayrımcılığın tedavi motivasyonundaki varyansın %34'ünü açıkladığı, bir başka ifade bu alt boyutların tedavi motivasyonunun oluşumunda %34 oranında etkili olduğu sonucuna ulaşıldı.

Tedavi motivasyonu alt boyutlarına etki eden bağımsız değişkenlerin belirlenmesine yönelik olarak depresyon, anksiyete, algılanan sosyal destek ve içselleştirilmiş damgalanma ölçeği puanları bağımsız değişkenler olarak yapılan çoklu

doğrusal regresyon analizi sonucunda; içsel motivasyon alt ölçeği üzerinde yabancılaşma ve içselleştirilmiş damgalanma ölçeği puanının; içsel motivasyondaki varyansın %30'ını açıkladığı; dışsal motivasyon alt ölçeği puanı üzerinde içselleştirilmiş damgalanma ölçeği alt boyutlarından kalıp yargıların onaylanması alt ölçeğinin, depresyon ve anksiyete puanlarının dışsal motivasyondaki varyansın %31'ini açıkladığı; kişilerarası yardım arama alt ölçeği puanı üzerinde içselleştirilmiş damgalanma ölçeği alt boyutlarından yalnızca kalıp yargıların onaylanması alt boyut puanının kişilerarası yardım aramada varyansın %6'sını açıkladığı sonucuna ulaşıldı.

Madde kullanım bozukluğu tedavisinde motivasyon değişiminin sonuçları ile ilgili yapılan araştırma sonucunda; içsel motivasyonun uzun süreli değişim üzerinde dışsal motivasyona göre daha etkili olduğu saptandı. Yasal nedenler nedeniyle bile tedaviye yönlendirilenler arasında bile madde kullanımıyla ilgili sorunların fark edilmesinin tedaviye katılımı arttırdığı belirtilmektedir. İçsel ve dışsal motivasyonun bir arada olmasının tedavi motivasyonunu arttırarak tedavinin başarısını yükseltebileceği ifade edilmektedir. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde sosyal çevrenin, yasal durumların ve kamusal damgalamanın yarattığı baskı nedeniyle dışsal motivasyonun ortaya çıkabileceği belirtilmektedir. Bu bireylerin toplumsal damgalanmayı içselleştirmeleri durumunda içsel motivasyonlarının arttığının düşünülebileceği ve bu nedenle damgalanma algısı arttıkça içsel ve dışsal motivasyon düzeylerinin artabileceği belirtilmektedir (107). Covid-19 salgınının kumar oynama bozukluğu üzerine etkisinin araştırıldığı bir sistematik incelemenin sonucunda; covid-19 döneminin yaratmış olduğu kısıtlayıcı önlemlerin, bireylerin gerçek kumar oynama ve harcamalarında azalmaya neden olmakla birlikte çevrimçi spor bahisleri haricinde casino ve beceri gerektiren oyunlarda artış görüldüğünü, gerçek olarak oynanan kumardan çevrimiçi platformlara bir geçişin gerçekleştiği ve bu durumların çevrimiçi oyunlara her yerden ulaşımın mümkün olması nedeniyle toplumdaki kumar oynama oranlarının artmasına neden olduğu belirtilmektedir (175). Covid-19 salgını sonrasında kumar oynama bozukluğunun özellikle çevrimiçi olarak artış gösterdiği ve bunun da beraberinde tedavi edilmesi gereken birçok hasta potansiyeli yaratabilecek olması nedeniyle tedavide hastaların tedavi motivasyonlarının ve buna etki edebilecek faktörlerin hastanın bulunduğu değişim dönemine ve hastanın özelliklerine göre uygun biçimde belirlenmesinin önemini bir kez daha göstermektedir. Bu çalışmada elde edilen veriler ışığında kumar oynama bozukluğu olan bireylerin de madde kullanım bozukluğu olan bireylere benzer biçimde aynı

süreçlerden geçtiği görülmektedir. Toplumun kumar oynama bozukluğu olan bireylere yönelik sergilediği kalıp yargılara bağlı davranışların ve kalıp yargıların hastalar tarafından kamusal damgalanma ile onaylanması, depresyon ve anksiyetenin de tabloya eklenmesi ile birlikte oluşan baskılar sebebiyle dışsal motivasyonu ortaya çıkarabilir. Toplum tarafından sergilenen damgalanmanın birey tarafından ayrımcılık olarak algılanması sonrasında topluma karşı yabancılaşma gösterilerek bu damgalanma içselleştirilmektedir. Bu durumun içsel motivasyonların artmasında etkili olduğu düşünülebilir. Bu nedenle yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması ve ayrımcılık algısı arttıkça içsel ve dışsal motivasyon düzeyleri de artabilmektedir. Kumar oynama bozukluğu olan bireylerde görülen sosyal geri çekilme yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması ve algılanan ayrımcılık nedeniyle artmaktadır. Bu sebeple bireylerin yaşadıkları sorunlar aşırı derecede gereksinim duydukları çevresindeki insanlarla iletişim ve ilişki kurma ihtiyaçlarının karşılanmaması nedeniyle tedavi sürecinde yeniden kumar oynama eğilimi gösterebilmelerine ve toplumla ilişki kurmaya yönelik gereksinimlerinin sürmesine, yaşanan tüm bu olumsuz durumlar da bireyleri kişiler arası yardım aramaya ve tedavi almaya sevk edebilir. Bu araştırmadan da elde edilen tüm bu bulgular ışığında tedavi motivasyonu puanlarının orta düzeyde bulunmasında, tüm bu süreçlerin etkili olmuş olabileceği varsayılmaktadır.

Türkiye örnekleminde bugüne kadar kumar oynama bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma, algılanan sosyal destek, depresyon ve anksiyete düzeylerinin tedavi motivasyonu üzerine etkisini inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Ayrıca bu çalışma, kumar oynama bozukluğu hastalarında içselleştirilmiş damgalanma, algılanan sosyal destek, depresyon ve anksiyete düzeylerinin tedavi motivasyonu üzerinde ne kadar etkili olduğu ile ilgili farklı bir bakış açısı sunması bakımından da değerlidir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Tüm bu sonuçlar, tedavisi zor ve nükslerle devam eden kumar oynama bozukluğunun tedavisinde önemli bir yer teşkil eden tedavi motivasyonu üzerinde içselleştirilmiş damgalanmanın önemli bir rol üstlendiğini göstermektedir. İyileşme safhasında tedavinin uygulanmasında ve tedaviye uyumda; tedavi motivasyonu ile içselleştirilmiş damgalanma, depresyon ve anksiyete arasında orta düzeyde pozitif yönde bir ilişki vardır. Algılanan sosyal destek puanının ise tam tersi olarak depresyon, içselleştirilmiş damgalanma ve tedavi motivasyonu ile zayıf düzeyde negatif bir ilişkisinin bulunduğu tespit edilmiştir. Kumar bağımlılarının tedavi motivasyonlarını arttırmak adına tedavileri süresince anksiyete, depresyon ve içselleştirilmiş damgalanmalarının değerlendirilmesi ve bu konuda aile ve hastalara psikoeğitimlerinin verilmesi ve bireylerin fenomolojik yapısına özgü sosyal desteğin sağlanarak, bütüncül bir tedavinin uygulanmasının tedavide devamlılık ve başarının sağlanması yönünden tedavi motivasyonunun arttırılmasında ve sürdürülmesinde önemli olabileceği düşünülmektedir. Etkin bir sosyal destekle birlikte depresyon, anksiyete ve damgalanmaya yönelik müdahalede bulunulması ve hastaya bunlarla mücadele edebilecek gerekli becerilerin kazandırılmasının tedavi sonrası süreçte nükslerin önlenbilmesine de katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar bağlamında hasta ve ailelere yönelik olarak düzenlenecek psikoeğitim temelli tedavi programının hastaların tedavi motivasyonu ve tedavi başarısı üzerine etkisini değerlendirebilecek çalışmaların yapılması tedavilerin etkinliğinin arttırılması yönünden önemlidir.

Elde edilen sonuçlar bağlamında, kumar oynama bozukluğu tanısı alan hastalarda depresyon, anksiyete, içselleştirilmiş damgalanma ve algılanan sosyal destekten tedavi motivasyonu puanı ve alt boyutları üzerinde içselleştirilmiş damgalanma ölçeği alt boyutlarından yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılığın, depresyon ve anksiyetenin etkisinin olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak tedaviye başvuran vakalar için içselleştirilmiş damgalanmaya etki edebilecek olan depresyon, anksiyete ve algılanan sosyal destek düzeylerinin incelenerek, tedavi sürecindeki anlamları ile geçerliliklerinin tedavi motivasyonuna etkileri, tedavi sürecinin sekteye uğramaması adına göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışmanın örnekleminin sadece ayaktan tedavi gören erkek kumar oynama bozukluğu olan kişilerden elde edilmesi her

ne kadar da bir sınırlılık gibi görülse de, toplumda kumar oynama bozukluğu olan kişilerin çoğunluğunun erkeklerden oluşması nedeniyle elde edilen bulguların topluma genellenebileceğini düşündürmektedir. İleride yapılacak araştırmaların, daha büyük örneklemle çalışmanın sınırlılığı da olan kadın cinsiyetine ait katılımcılar da eklenerek boylamsal yöntemle hem yatan ve hem de ayaktan tedavi gören hastalarla tedavi süresince tedavi motivasyonunun değişimi de kontrol edilerek yapılmasının klinik uygulamalara ve sağlık uygulayıcılarına katkı sunabileceği düşünülmektedir.

Psikolojik ve farmakolojik tedavi imkanlarına erişimi kolaylaştırmak adına kumar oynama bozukluğuna yönelik olarak ayaktan tedavi, yataklı tedavi ve rehabilitasyon merkezlerinin artırılması kumar oynama bozukluğu hastalarının iyileşme oranlarının yükselmesine katkı sunabilir ve risk grubunda yer alan kişilerin profesyonel desteğe ulaşmalarını kolaylaştırabilir. Riskli gruplara ve ailelere pozitif ve destekleyici tutum, iletişim, sosyal destek, eş bağımlılık, problem çözme becerileri, değişim, kabul, damgalanma ve anne-baba ile iyi ilişkiler kurma gibi konularda psikoeğitim ve aile terapisi verilmesi ve telefonla yardım hatlarının oluşturularak tanıtılması gibi koruyucu faaliyetler düzenlenmelidir. Bununla birlikte kumar oynama bozukluğunun zararları ile ilgili farkındalık yaratılması, yardım aramayla ilgili damgalanmanın azaltılması, bu konuda kamu spotlarının hazırlanması, kumarla ilgili her türlü reklam ve tetikleyicilerin yasaklanması, kumar oynamayla ilgili yaş sınırlamalarının getirilmesi ve insanların tedavi konusunda destek almaya yönelik motivasyonlarının artırılabilmesi adına tiyatro atölyelerinin düzenlenmesi, tam remisyonadaki kumar oynama bozukluğu hastalarının uğradığı bireysel zararlar ve iyileşme deneyimleri ile aktif kumar oynama davranışı devam eden hastaların kumara dair yaşadıkları bireysel zararlar ile ilgili deneyimlerini paylaşacakları şekilde proje-programların düzenlenmesi, toplumsal bilinçlendirme ile farkındalığın artırılması, bu projelerin tedavi yönünden etkinliklerinin değerlendirilmesi, tedavi programlarının her bireyin ihtiyacına ve gelişim yaşına uygun biçimde planlanması gerektiği düşünülmektedir. Bunlara ek olarak, ülkemizde uygulaması bulunmayan adsız kumarbazlar grubunun kurulması, bu gruba üye olan kumar oynama bozukluğu hastalarında depresyon, anksiyete, içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal desteğin tedavi motivasyonuna etkisini araştırarak boylamsal çalışmaların da ileride yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Potenza, M. N., Kosten, T. R. & Rounsaville, B. J. (2001). Pathological gambling. *JAMA*, 286, 141-144.
2. Blum, A. W. & Grant, J. E. Behavioral addictions and criminal responsibility. *J Am Acad Psychiatry Law*, 45, 464-471 (2017).
3. Başgöl, Ş. S., Altıntaş, M., Mega, F., Özdenler, M., Yılmaz, E. & Hacıabdurrahmanoğlu (2022). *Kumar Bağımlılığı*. İstanbul: Yeşilay Yayınları.
4. Gainsbury, S. (2012). *Internet Gambling: Current Research Findings and Implications*. New York: Springer
5. American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing, Inc.. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
6. Cunningham, J. A. (2005). Little Use of Treatment Among Problem Gamblers. *Psychiatric Services*, 56(8), 1024-1025.
7. Slutske, W. S. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two U.S. national surveys. *American Journal of Psychiatry*, 163(2), 297-302.
8. Ledgerwood, D. & Arfken, C. (2010). *Psychosocial and treatment characteristics of gambling help-line callers*. Erişim 30.03.2024, Michigan Department of Community Health, The University of Wayne State, 16-18.
9. Oran , N. T., Şenuzun, F., (2008). Toplumda kırılması gereken bir zincir: HIV/AIDS stigmatı ve baş etme stratejileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 5:1. Erişim: <http://www.insanbilimleri.com>
10. Kadioğlu, M. ve Hotun Şahin, N. (2015). Stigmatizasyon (Damgalama) ve Kadın. *Sağlık ve Toplum*, 25(3), 3-9.
11. Melville, K. M., Casey, L.M. & Kavanagh, D.J. (2007). Psychological treatment dropout among pathological gamblers. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 944-958.
12. Avcil, C., Bulut, H., & Hizli Sayar, G. (2016). Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2, 175-202.
13. Ryan, R. M., Plant, R. W. & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addict Behav*, 20(3), 279-297.
14. Ünübol, B., Ünübol, H. & Bilici, R. (2019). Kadın bağımlılarda içselleştirilmiş damgalanmanın bağımlılık özelliklerine ve algılanan sosyal desteğe olan etkisinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 20(4), 377-384.
15. Dąbrowska, K., Moskalewicz, J., & Wieczorek, Ł. (2017). Barriers in access to the treatment for people with gambling disorders. Are they different from those experienced by people with alcohol and/or drug dependence?. *J Gambl Stud*, 33(2), 487-503. doi: 10.1007/s10899-016-9655-1. PMID: 27832520; PMCID: PMC5445168.
16. Wieczorek, Ł. (2015). Stygmatyzacja oso' b uzaleznionych od alkoholu oraz systemu leczenia uzaleznien' w Warszawie i w społeczno'sci lokalnej [Stigmatisation of alcohol-dependent persons and alcohol treatment systems in Warsaw and the local community]. *Alcoholism and Drug Addiction*, 28(2), 103-117. <https://doi.org/10.1016/j.alkona.2015.06.001>.
17. World Health Organization. (2022). *Evaluating the past and looking to the future; focusing on the tasks, challenges and opportunities ahead*. Erişim Tarihi (15.02.2024), [https://www.who.int/news-room/events/detail/2023/06/27/default-calendar/third-who-forum-on-alcohol-drugs-and-addictive-behaviours-\(fadab\)](https://www.who.int/news-room/events/detail/2023/06/27/default-calendar/third-who-forum-on-alcohol-drugs-and-addictive-behaviours-(fadab)).
18. 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. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03300.x>
19. Grant, J. E., Levine, L., Kim, D., & Potenza, M. N. (2005). Impulse control disorders in adult psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 2184-2188. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.11.2184>
20. Cowlishaw, S., & Hakes, J. K. (2015). Pathological and problem gambling in substance use treatment: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *The American Journal on Addictions*, 24(5), 467-474. <https://doi.org/10.1111/ajad.12242>
21. Bruneau, M., Grall-Bronnec, M., Vénisse, J. L., Romo, L., Valleur, M., Magalon, D., ... & Hardouin, J. B. (2016). Gambling transitions among adult gamblers: A multi-state model using a Markovian approach applied to the JEU cohort. *Addictive Behaviors*, 57, 13-20. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.01.010>
22. Grant, J. E. & Kim, S. W. (2003). Comorbidity of impulse control disorders in pathological gamblers. *Acta Psychiatr Scand*, 108(3), 203-207.

23. Weintraub, D., Koester, J., Potenza, M. N., Siderowf, A. D., Stacy, M., Voon, V., Whetteckey, J., Wunderlich, G. R., & Lang, A. E. (2010). Impulse control disorders in Parkinson disease: a cross-sectional study of 3090 patients. *Arch Neurol*, 67(5), 589-595. <https://doi.org/10.1001/archneurol.2010.65>
24. Welte, J. W., Barnes, G. M., Tidwell, M. C. O., & Wieczorek, W. F. (2017). Predictors of problem gambling in the US. *J Gambl Stud*, 33, 327-342. <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9639-1>
25. Calado, F., Alexandre, J. & Griffiths, M. D. (2017). Prevalence of adolescent problem gambling: a systematic review of recent research. *J Gambl Stud*, 33(2), 397-424.
26. 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. *Clin Psychol Rev*, 51, 109-124. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.008>
27. Petry, N. M., Steinberg, K. L., & Women's Problem Gambling Research Center (2005). Childhood maltreatment in male and female treatment-seeking pathological gamblers. *Psychol Addict Behav*, 19(2), 226-229. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.19.2.226>
28. Valleur, M., Codina, I., Vénisse, J. L., Romo, L., Magalon, D., Fatséas, M., Chéreau-Boudet, I., Gorsane, M. A., Guilleux, A., Groupe JEU, Grall-Bronnec, M., & Challet-Bouju, G. (2016). Towards a Validation of the Three Pathways Model of Pathological Gambling. *J Gambl Stud*, 32(2), 757-771. <https://doi.org/10.1007/s10899-015-9545-y>
29. Potenza, M. N. (2014). The neural bases of cognitive processes in gambling disorder. *Trends Cogn Sci*, 18(8), 429-438. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.03.007>
30. Potenza, M. N., Balodis, I. M., Derevensky, J., Grant, J. E., Petry, N. M., Verdejo-Garcia, A., & Yip, S. W. (2019). Gambling disorder. *Nat Rev Dis Primers*, 5(1), 51. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0099-7>
31. Fong, T. W. (2005). The vulnerable faces of pathological gambling. *Psychiatry (Edgmont)*, 2(4), 34-42.
32. Black, D. W., & Moyer, T. (1998). Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. *Psychiatr Serv*, 49(11), 1434-1439. <https://doi.org/10.1176/ps.49.11.1434>
33. Alessi, S. M., & Petry, N. M. (2003). Pathological gambling severity is associated with impulsivity in a delay discounting procedure. *Behav Processes*, 64(3), 345-354. [https://doi.org/10.1016/s0376-6357\(03\)00150-5](https://doi.org/10.1016/s0376-6357(03)00150-5)
34. Ledgerwood, D. M., & Petry, N. M. (2004). Gambling and suicidality in treatment-seeking pathological gamblers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(10), 711-714. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000142021.71880.ce>
35. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.
36. Weinstock, J., April, L. M., & Kallmi, S. (2017). Is subclinical gambling really subclinical?. *Addict. Behav.*, 73, 185-191. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.05.014>
37. World Health Organization. (2019). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>. Erişim tarihi:10.03.2022.
38. Rolando, S., Ferrari, C., & Beccaria, F. (2023). "To me, it was Just a Vice". Stigma and Other Barriers to Gambling Treatment in Piedmont, Italy. *J Gambl Stud*, 39(4), 1909-1925. <https://doi.org/10.1007/s10899-023-10214-1>.
39. Mader, J., Christensen, D. R., & Williams, R. J. (2019). An evaluation of the pathways model using the quinte longitudinal dataset. *Int Gambl Stud*, 19(3), 417-431.
40. Clark, L., Studer, B., Bruss, J., Tranel, D., & Bechara, A. (2014). Damage to insula abolishes cognitive distortions during simulated gambling. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(16), 6098-6103. <https://doi.org/10.1073/pnas.1322295111>
41. Limbrick-Oldfield, E. H., Mick, I., Cocks, R. E., McGonigle, J., Sharman, S. P., Goldstone, A. P., ... & Clark, L. (2017). Neural substrates of cue reactivity and craving in gambling disorder. *Transl Psychiatry*, 7(1), e992-e992. <https://doi.org/10.1038/tp.2016.256>
42. Potenza, M. N., Xian, H., Shah, K., Scherrer, J. F., & Eisen, S. A. (2005). Shared genetic contributions to pathological gambling and major depression in men. *Arch Gen Psychiatry*, 62(9), 1015-1021. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.9.1015>
43. Ries, R. K. & Fiellin, D. A. & Miller, S. C. & Saitz, R.. (2014). *The ASAM principles of addiction medicine: Fifth edition*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
44. Leeman, R. F., & Potenza, M. N. (2013). A targeted review of the neurobiology and genetics of behavioural addictions: An emerging area of research. *Can J Psychiatry*, 58(5), 260-273.
45. Lobo, D. S., & Kennedy, J. L. (2009). Genetic aspects of pathological gambling: a complex disorder with shared genetic vulnerabilities. *Addiction*, 104(9), 1454-1465.

46. Bullock, S. A., & Potenza, M. N. (2012). Pathological gambling: Neuropsychopharmacology and treatment. *Curr Psychopharmacol*, 1(1).
47. Grant, J. E., Kim, S. W., & Hartman, B. K. (2008). A double-blind, placebo-controlled study of the opiate antagonist naltrexone in the treatment of pathological gambling urges. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(5), 783-789.
48. Grant, J. E., Odlaug, B. L., Chamberlain, S. R., Potenza, M. N., Schreiber, L. R., Donahue, C. B., & Kim, S. W. (2013). A randomized, placebo-controlled trial of N-acetylcysteine plus imaginal desensitization for nicotine-dependent pathological gamblers. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(1), 16833.
49. Hollander, E., Pallanti, S., Allen, A., Sood, E., & Rossi, N. B. (2005). Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders?. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 137-145.
50. Petry, N. M., Ginley, M. K., & Rash, C. J. (2017). A systematic review of treatments for problem gambling. *Psychol Addict Behav*, 31(8), 951.
51. Goffman, E. (1963). *Stigma; notes on the management of spoiled identity*. New Jersey :Prentice-Hall. <https://doi.org/10.1093/sf/43.1.127>
52. APA Dictionary of Psychology, (2018). *Stigma*. Erişim tarihi: 20.04.2024. <https://dictionary.apa.org/stigma>.
53. Kocabaşoğlu, N., & Aliustaoğlu, S. (2003). Stigmatizasyon. In *Yeni Symposium*, 41(4), 190-192.
54. Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry*, 1(1), 16-20. PMID: 16946807; PMCID: PMC1489832.
55. Sartorius, N. (2007). Stigma and mental health. *The Lancet*, 370(9590), 810-811. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61245-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61245-8)
56. Quigley, L. (2022). Gambling disorder and stigma: opportunities for treatment and prevention. *Curr Addict Rep*, 9(4), 410-419. <https://doi.org/10.1007/s40429-022-00437-4>
57. Gavriel-Fried, B., & Rabayov, T. (2017). Similarities and differences between individuals seeking treatment for gambling problems vs. alcohol and substance use problems in relation to the progressive model of self-stigma. *Front Psychol*, 8, 957. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00957>
58. Karagöl, A., Çalışkan, D., & Beyazyüz, M. (2013). Halk sağlığı açısından ruhsal bozukluklarda üç boyutlu damgalama. *Merhaba*, 22(3), 96-101.
59. A. Ziyalar, (1995). “Kültürün psikiyatrik yaklaşıma etkisi”, *Yeni Symposium*, 33,(2-3),59-63
60. Ersoy, M. A., & Varan, A. (2007). Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formu’nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*, 18(2), 163-171.
61. Hing, N., Holdsworth, L., Tiyce, M., & Breen, H. (2014). Stigma and problem gambling: Current knowledge and future research directions. *Int Gambl Stud*, 14(1), 64-81.
62. Hamidi, S., Ebrahimi, H., Vahidi, M., & Areshtanab, H. N. (2023). Internalized Stigma and its Association with Hope, Self-Esteem, Self-Efficacy, and Treatment Adherence among Outpatients with Severe Mental Illness: A Cross-Sectional Survey. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 28(3), 345-351. doi: 10.4103/ijnmr.ijnmr_248_21. PMID: 37575507; PMCID: PMC10412788.
63. Shrivastava, A., Johnston, M., & Bureau, Y. (2012). Stigma of mental illness-1: Clinical reflections. *Mens Sana Monogr*, 10(1), 70. <https://doi.org/10.4103/0973-1229.90181>
64. Lepore, S. J., Evans, G. W., & Schneider, M. L. (1991). Dynamic role of social support in the link between chronic stress and psychological distress. *J Pers Soc Psychol*, 61(6), 899. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.61.6.899>
65. Aksüllü, N., & Doğan, S. (2004). Huzurevinde ve evde ya ayan ya lıarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 5, 76-84.
66. Tosun, M. (2008). Madde bağımlılığına genel bakış. *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar, İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi*, 62, 201-220.
67. Birtel, M. D., Wood, L., & Kempa, N. J. (2017). Stigma and social support in substance abuse: Implications for mental health and well-being. *Psychiatry Research*, 252, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.097>
68. Angermeyer M.C., Matschinger H., (2003a). The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 108: 304-309.
69. Angermeyer M.C., Matschinger H., (2003b). Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38: 526-534.
70. Trute, B., Tefft, B. & Segall, A. (1989). Social rejection of the mentally ill: A replication study of public attitude. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 24, 69-76.
71. Arkar H. ve Eker D., (1994). Effect of psychiatric labels on attitudes toward mental illness in a Turkish sample. *Int J of Soc Psychiatry*, 40(3), 205-213.

72. Taşkın, E. O., Şen, F. S., Özmen, E., & Aydemir, Ö. (2006). Kırsal kesimde depresyonlu hastalara yönelik tutumlar: sosyal mesafe ve etkileyen etmenler. *Türkiye’de Psikiyatri*, 8(1), 11-17.
73. Taskin, E. O., Seyfe Sen, F., Aydemir, O., Demet, M. M., Ozmen, E., & Icelli, I. (2003). Public attitudes to schizophrenia in rural Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38, 586-592.
74. Özmen, E., Ögel, K., Boratav, C., Sağduyu, A., Aker, T. ve Tamar D. (2003). Depresyon ile ilgili bilgi ve tutumlar: İstanbul Örneği. *Türk Psikiyatri Derg*, 14(2), 89-100.
75. Chung, K. F., Chen, E. Y., & Liu, C. S. (2001). University students' attitudes towards mental patients and psychiatric treatment. *Int J Soc Psychiatry*, 47(2), 63-72.
76. Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Rodgers, B., Pollitt, P., Christensen, H., & Henderson, S. (1997). Helpfulness of interventions for mental disorders: beliefs of health professionals compared with the general public. *Br J Psychiatry*, 171(3), 233-237.
77. Hillert, A., Sandman, J., Ehmg, S., Weisbecker, H., Kepplinger, H. M., & Benkert, O. (1999). The General Public’ s Cognitive and Emotional Perception of Mental Illnesses: An Alternative to Attitude-Research. In *The image of madness*. Basel: Karger Publishers; 56-71.
78. Bhugra, D. (1989). Attitudes towards mental illness: A review of the literature. *Acta Psychiatr Scand*, 80(1), 1-12.
79. Rahav, M., Struening, E. L., & Andrews, H. (1984). Opinions on mental illness in Israel. *Social science & medicine*, 19(11), 1151-1158.
80. Eker, D., & Arkar, H. (1997). Attitudes towards mental illness: a review. *Living with differences. N Karancı (Ed.), Ankara, Turkish Publication of Turkish Psychological Association*, 67-85.
81. Arkar, H. (1991). Akıl hastasının sosyal reddedilimi. *Dusunen Adam*, 4(3), 6-9.
82. Taşkın, E. O. (2004). Damgalama, ayırmıcılık ve ruhsal hastalık. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 12(3), 5-12.
83. Weinstock, J., & Petry, N. M. (2008). Pathological gambling college students’ perceived social support. *J Coll Stud Dev*, 49(6), 625. <https://doi.org/10.1353/csd.0.0047>
84. Petry, N. M., & Weiss, L. (2009). Social support is associated with gambling treatment outcomes in pathological gamblers. *Am J Addict*, 18(5), 402-408. <https://doi.org/10.3109/10550490903077861>
85. Penfold, K. L., & Ogden, J. (2023). The role of social support and belonging in predicting recovery from problem gambling. *J Gambl Stud*, 1-18. <https://doi.org/10.1007/s10899-023-10225-y>
86. Sundqvist, K., & Rosendahl, I. (2019). Problem gambling and psychiatric comorbidity—risk and temporal Sequencing among women and men: Results from the Swelogs case–control study. *J Gambl Stud*, 35, 757-771. <https://doi.org/10.1007/s10899-019-09851-2>
87. Rizeanu, S. (2013). Pathological gambling and depression. *Procedia Soc Behav Sci*, 78, 501-505. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.04.339>.
88. Haw, J., & Hing, N. (2013). Gambling and comorbid disorders. In *19th Annual National Association for Gambling Studies (NAGS) Conference*.
89. Quigley, L., Yakovenko, I., Hodgins, D. C., Dobson, K. S., El-Guebaly, N., Casey, D. M., ... & Schopflocher, D. P. (2015). Comorbid problem gambling and major depression in a community sample. *J Gambl Stud*, 31, 1135-1152. <https://doi.org/10.1007/s10899-014-9488-8>.
90. Schuckit, M. A., & Irwin, M. R. (1995). Alcoholism and affective disorder: clinical course of depressive symptoms. *Am J Psychiatry*, 152(1), 45-52.
91. Leblond, J., Ladouceur, R., & Blaszczynski, A. (2003). Which pathological gamblers will complete treatment?. *Br J Clin Psychol*, 42(2), 205-209. <https://doi.org/10.1348/014466503321903607>
92. Brown, R. I. F. (1986). Dropouts and continuers in Gamblers Anonymous: Life-context and other factors. *Journal of Gambling Behavior*, 2(2), 130-140. <https://doi.org/10.1007/BF01019631>.
93. Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., & Báez, C. (2001). Predictors of therapeutic failure in slot-machine pathological gamblers following behavioural treatment. *Behav Cogn Psychother*, 29(3), 379-383. <https://doi.org/10.1017/S1352465801003113>.
94. Milton, S., Crino, R., Hunt, C., & Prosser, E. (2002). The effect of compliance-improving interventions on the cognitive-behavioural treatment of pathological gambling. *J Gambl Stud*, 18, 207-229. <https://doi.org/10.1023/a:1015580800028>.
95. Robson, E., Edwards, J., Smith, G., & Colman, I. (2002). Gambling decisions: An early intervention program for problem gamblers. *J Gambl Stud*, 18, 235-255. <https://doi.org/10.1023/a:1016888705033>.
96. Evans, L., & Delfabbro, P. H. (2005). Motivators for change and barriers to help-seeking in Australian problem gamblers. *J Gambl Stud*, 21(2), 133-155. <https://doi.org/10.1007/s10899-005-3029-4>
97. Wiczorek, Ł., & Dąbrowska, K. (2018). What makes people with gambling disorder undergo treatment? Patient and professional perspectives. *Nordisk Alkohol Nark*, 35(3), 196-214. <https://doi.org/10.1177/1455072518772397>

98. Gomes, K., & Pascual-Leone, A. (2009). Primed for change: Facilitating factors in problem gambling treatment. *Journal of Gambling Studies*, 25(1), 1–17. <https://doi.org/10.1007/s10899-008-9111-y>
99. APA Dictionary of Psychology, (2018). *Anxiety*. Erişim tarihi: 15.02.2014. <https://dictionary.apa.org/anxiety>.
100. Nepon, J., Belik, S. L., Bolton, J., & Sareen, J. (2010). The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Depress Anxiety*, 27(9), 791-798. <https://doi.org/10.1002/da.20674>
101. World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/254610>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, Erişim tarihi: 05.05.2024.
102. Barrault, S., & Varescon, I. (2013). Cognitive distortions, anxiety, and depression among regular and pathological gambling online poker players. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*, 16(3), 183-188. PMID: 23363229.
103. Fan, B.W.S., (2020). Factors in determining the development of problem gambling and motivation to quit gambling addiction among offenders. *Australian Counselling Research Journal*, 14(2), 37-45.
104. Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276-288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
105. Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *The American psychologist*, 47(9), 1102-1114. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102>
106. Joe, G. W., Simpson, D. D., & Broome, K. M. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction*, 93(8), 1177-1190. <https://doi.org/10.1080/09652149835008>
107. DiClemente, C. C. (1999). Motivation for Change: Implications for Substance Abuse Treatment. *Psychol Sci*, 10(3), 209-213. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00137>
108. Claus, R. E., & Kindlerberger, L. R. (2002). Engaging substance abusers after centralized assessment: predictors of treatment entry and dropout. *J Psychoactive Drugs*, 34(1), 25-31. <https://doi.org/10.1080/02791072.2002.10399933>
109. Drieschner, K. H., Lammers, S. M., & van der Staak, C. P. (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clin Psychol Rev*, 23(8), 1115-1137. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2003.09.003>
110. Hing, N., Russell, A. M., Nuske, E. M., & Gainsbury, S. M. (2015). The stigma of problem gambling: causes, characteristics and consequences.
111. Tanrıverdi, Derya & Çuhadar, Döndü & Kaplan, Veysel & Özkan, Sıdıka. (2019). Treatment motivation and social support levels among individuals with substance use disorders, and influencing factors. *J Subst Use*, 25(4), 1-7. <https://doi.org/10.1080/14659891.2019.1683903>.
112. Nock, M. K., & Photos, V. (2006). Parent Motivation to Participate in Treatment: Assessment and Prediction of Subsequent Participation. *J Child and Fam Stud*, 15(3), 345-358. <https://doi.org/10.1007/s10826-006-9022-4>
113. Krejcie, R.V. & Morgan, D.W. (1970). Araştırma faaliyetleri için örneklem büyüklüğünün belirlenmesi. *Eğitimsel ve Psikolojik Ölçüm*, 30 (3), 607–610.
114. Horch, J. D., & Hodgins, D. C. (2015). Self-stigma coping and treatment-seeking in problem gambling. *Int Gambl Stud*, 15(3), 470-488. <https://doi.org/10.1080/14459795.2015.1078392>
115. Ritsher, J. B., Otilingam, P. G. & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res.*, 121(1), 31-49. doi: 10.1016/j.psychres.2003.08.008. PMID: 14572622.
116. Sukut, Ö. (2016). Madde Bağımlılarında İçselleştirilmiş Damgalama. Yayımlanmamış Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
117. Luoma, J. B., Twohig, M. P., Waltz, T., Hayes, S. C., Roget, N., Padilla, M., & Fisher, G. (2007). An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addict Behav*, 32(7), 1331-1346. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.09.008>.
118. Akdağ, E. M., Kotan, V. O., Kose, S., Tıkır, B., Aydemir, M. Ç., Okay, İ. T., Göka, E., & Özkaya, G. (2018). The relationship between internalized stigma and treatment motivation, perceived social support, depression and anxiety levels in opioid use disorder. *Psychiatry Clin Psychopharmacol*, 28(4), 394-401. <https://doi.org/10.1080/24750573.2018.1478190>

119. Park, K., MinHwa, L., & Seo, M. (2019). The impact of self-stigma on self-esteem among persons with different mental disorders. *Int J Soc Psychiatry*, 65(7-8), 558-565. <https://doi.org/10.1177/0020764019867352>.
120. Corrigan, P. W., Michaels, P. J., Vega, E., Gause, M., Watson, A. C., & Rüsch, N. (2012). Self-stigma of mental illness scale--short form: reliability and validity. *Psychiatry Res*, 199(1), 65-69. doi: 10.1016/j.psychres.2012.04.009. Epub 2012 May 10. PMID: 22578819; PMCID: PMC3439592.
121. Zimet, G., Dahlem, N. W., Zimet, S., & Farley, G. (1988) The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*, 52(1), 30-41.
122. Eker, D., Arkar, H. ve Yaldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg*, 12(1), 17-25.
123. Beck A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4, 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>.
124. Hisli, N. (1988). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği üzerine bir çalışma, *Türk Psikoloji Dergisi*, 6, 118-26.
125. Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*, 56(6), 893-897. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893>
126. Ulusoy, M., Şahin, N. and Erkmen, H. (1998). Turkish version of the Beck anxiety inventory: psychometric properties. *J Cogn Psychother*, 12, 28-35.
127. Evren, C., Saatçioğlu, Ö., Dalbudak, E., Danışmant, B., Çaknak, D., & Ryan, R. (2006). Tedavi motivasyonu anketi (TMA) Türkçe versiyonunun alkol bağımlısı hastalarda faktör yapısı, geçerlilik ve güvenilirliği. *Journal of Dependence*, 7(3), 117-122.
128. Peker, İ. (2021). Kumar Sorunu Olan Bireylerde Kumarla İlgili Bilişlerin Kumar Oynama, Depresyon Şiddeti ve Tedavi Motivasyonu ile İlişkisi. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir.
129. George, D. and Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 Update*, 10th Edition, Boston: Pearson.
130. Schober, P., Boer, C., & Schwarte, L. A. (2018). Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation. *Anesth Analg*, 126(5), 1763-1768. <https://doi.org/10.1213/ane.0000000000002864>
131. Kayaalp, G.T., Çelik Güney, M., & Cebeci, Z. (2015). Çoklu Doğrusal Regresyon Modelinde Değişken Seçiminin Zootekniye Uygulanışı. *Çukurova Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi*, 30(1), 1-8.
132. Kristiansen S, Trabjerg MC, Reith G. (2015). Learning to gamble: early gambling experiences among young people in Denmark. *J Youth Stud*, 18(2), 133-150.
133. Duvarcı, I., & Varan, A. (2000). Descriptive features of Turkish pathological gamblers. *Scand J Psychol*, 41(3), 253-260. <https://doi.org/10.1111/1467-9450.00195>
134. Winslow, M., Subramaniam, M., Qiu, S., & Lee, A. (2010). Socio-demographic profile and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling. *Ann Acad Med, Singap*, 39(2), 122-128.
135. Soyata, A. Z., Suleyman, F., Kinay, D., Sanal, Y., Yargic, L. I. (2015). Sociodemographical and clinical features of treatment-seeking patients with gambling disorder. *Klinik Psikofarmakol Bülteni*, 25(1), S77.
136. Altıntaş, M., (2018). Kumar oynama bozukluğu tanısı olan hastalarda anksiyete, depresyon, ruminasyon ve dürtüsellik. *Çukurova Medical Journal*, 43(3), 624-633
137. Brockington, I. F., Hall, P., Levings, J., & Murphy, C. (1993). The community's tolerance of the mentally ill. *Br J Psychiatry*, 162, 93-99. <https://doi.org/10.1192/bjp.162.1.93>
138. Hall, P., Brockington, I.F., Levings, J., & Murphy, C. (1993). A comparison of responses to the mentally ill in two communities. *Br J Psychiatry*, 162, 99-108. <https://doi.org/10.1192/bjp.162.1.99>
139. Vogel, D. L., Bitman, R. L., Hammer, J. H., & Wade, N. G. (2013). Is stigma internalized? The longitudinal impact of public stigma on self-stigma. *J Counseling Psychol*, 60(2), 311-316. <https://doi.org/10.1037/a0031889>
140. Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*, 71(12), 2150-2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
141. Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Serv*, 59(12), 1437-1442. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.12.1437>
142. Lysaker, P.H., Buck, K.D., Taylor, A.C., & Roe, D. (2008). Associations of metacognition and internalized stigma with quantitative assessments of self-experience in narratives of schizophrenia. *Psychiatry Res*, 157(1-3), 31-38. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.04.023>

143. Rizeanu, S. (2018). Anxiety Disorders among Gambling Addicts. *J Alcohol Drug Depend*, 6(3), 1-3..
144. Blaszczynski, A., & McConaghy, N. (1989). Anxiety and/or depression in the pathogenesis of addictive gambling. *Int J Addict*, 24(4), 337-350.
145. Ismail, R., & Hamid, N. A. (2021). Gambling Addiction, Impulsive Behavior and Depression Amongst Civil Servants in Malaysia. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 11(6), 993-1005.
146. Milosevic, A., & Ledgerwood, D. M. (2010). The subtyping of pathological gambling: A comprehensive review. *Clin Psychol Rev*, 30(8), 988-998.
147. Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cogn Behav Pract*, 5(2), 201-222. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(98\)80006-0](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(98)80006-0)
148. Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J Health Soc Behav*, 38(2), 177-190.
149. Socall, D. W., & Holtgraves, T. (1992). Attitudes toward the mentally ill: The effects of label and beliefs. *Sociol Q*, 33(3), 435-445. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1992.tb00383.x>
150. Becker, T., Thornicroft, G., Leese, M., McCrone, P., Johnson, S., Albert, M., & Turner, D. (1997). Social networks and service use among representative cases of psychosis in south London. *Br J Psychiatry*, 171, 15-19. <https://doi.org/10.1192/bjp.171.1.15>
151. Arkar H. (1992). Akıl Hastaları İle İlgili Tutumlar: Deneyim ve Psikopatoloji Tipinin Etkisi. *Türk Psikiyatri Derg*, 3, 243-48.
152. Karancı A. N., & Kökdemir, D. (1995). Akıl hastası: Tanımlaması yarattığı rahatsızlık ve davranışları ile başa çıkma. *Kriz Dergisi*, 3(1), 237-240. https://doi.org/10.1501/Kriz_0000000084
153. Bilici, R., Yazici, E., Tufan, A. E., Mutlu, E., Izci, F., & Uğurlu, G. K. (2014). Motivation for treatment in patients with substance use disorder: personal volunteering versus legal/familial enforcement. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 10, 1599-1604. <https://doi.org/10.2147/NDT.S66828>
154. Yen, C. F., Chen, C. C., Lee, Y., Tang, T. C., Yen, J. Y., & Ko, C. H. (2005). Self-stigma and its correlates among outpatients with depressive disorders. *Psychiatr Serv*, 56(5), 599-601.
155. Heeren, T., Edwards, E. M., Dennis, J. M., Rodkin, S., Hingson, R. W., & Rosenbloom, D. L. (2008). A comparison of results from an alcohol survey of a prerecruited Internet panel and the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Alcohol Clin Exp Res*, 32(2), 222-229. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00571.x>
156. Drapalski, A. L., Lucksted, A., Perrin, P. B., Aakre, J. M., Brown, C. H., DeForge, B. R., & Boyd, J. E. (2013). A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatr Serv*, 64(3), 264-269. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001322012>
157. Cataldo, J. K., & Brodsky, J. L. (2013). Lung cancer stigma, anxiety, depression and symptom severity. *Oncology*, 85(1), 33-40. <https://doi.org/10.1159/000350834>
158. Gordana, S., Slagona, A. & Dimitar D. (2016). The correlation between, depression, anxiety and treatment motivation in patients with affective disorder. *Research on Humanities and Social Sciences*, 6(4), 128-133.
159. Cahill, M. A., Adinoff, B., Hosig, H., Muller, K., & Pulliam, C. (2003). Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program. *Addict Behav*, 28(1), 67-79. doi: 10.1016/s0306-4603(01)00217-9. PMID: 12507528.
160. Blume, A. W., Schmalting, K. B., & Marlatt, G. A. (2001). Motivating drinking behavior change depressive symptoms may not be noxious. *Addict Behav*, 26(2), 267-272. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(00\)00087-3](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(00)00087-3)
161. Blume, A. W., Schmalting, K. B., & Marlatt, G. A., (2005). Memory, executive cognitive function, and readiness to change drinking behavior. *Addict Behav*, 30(2), 301-314. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.05.019>
162. Hutchison, P., Cox, S., & Frings, D. (2018). Helping you helps me: Giving and receiving social support in recovery groups for problem gamblers. *Group Dyn*, 22(4), 187-199. <https://doi.org/10.1037/gdn0000090>
163. Santini, Z., (2016). The impact of social networks and social support on mental disorders and mortality. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Barcelona Üniversitesi Tıp Fakültesi, Barcelona.
164. Moon, T., Mathias, C. W., Mullen, J., Karns-Wright, T. E., Hill-Kapturczak, N., Roache, J. D., & Dougherty, D. M. (2018). The Role of Social Support in Motivating Reductions in Alcohol Use: A Test of Three Models of Social Support in Alcohol-Impaired Drivers. *Alcohol Clin Exp Res*, 43, 123-134. <https://doi.org/10.1111/acer.13911>
165. Sadeghi, R., Ghandehari Alavijeh, M., & Raeisi Shahraki, H. (2023). The Role of Social Support and Socioeconomic Factors in the Prediction of Depression among First-Year Undergraduate Students. *Depress Res Treat*, 2023, 3993304. <https://doi.org/10.1155/2023/3993304>.

166. Mohamed, S., Hassan, S., & Abdelmonem, R. (2022). Relationship between Self-Efficacy, Social Support and Treatment Motivation among Addict Patients. *Minia Scientific Nursing Journal*, 012(1), 106-113. doi: 10.21608/msnj.2022.169551.1039.
167. Yılmaz, E., & Okanlı, A. (2015). The Effect of Internalized Stigma on the Adherence to Treatment in Patients with Schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*, 29(5), 297-301. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.006>
168. Share, D., McCrady, B., & Epstein, E. (2004). Stage of change and decisional balance for women seeking alcohol treatment. *Addict Behav*, 29(3), 525-535. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2003.08.022>
169. Lichtenstein, E., Lando, H. A., & Nothwehr, F. (1994). Readiness to quit as a predictor of smoking changes in the Minnesota Heart Health Program. *Health Psychol*, 13(5), 393-396. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.13.5.393>
170. DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1998). Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (2nd ed.). Plenum Press.
171. Kushnir, V., Godinho, A., Hodgins, D. C., Hendershot, C. S., & Cunningham, J. A. (2016). Motivation to quit or reduce gambling: Associations between Self-Determination Theory and the Transtheoretical Model of Change. *J Addict Dis*, 35(1), 58-65. <https://doi.org/10.1080/10550887.2016.1107315>
172. Tsang, H. W., Fung, K. M., & Chung, R. C. (2010). Self-stigma and stages of change as predictors of treatment adherence of individuals with schizophrenia. *Psychiatry Res*, 180(1), 10-15. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.09.001>
173. Haufler, A., Ditzen, B., & Schüler, J. (2022). Social Support as a Stress Buffer or Stress Amplifier and the Moderating Role of Implicit Motives: Protocol for a Randomized Study. *JMIR Res Protoc*, 11(8). doi: 10.2196/39509
174. Palant, A., & Himmel, W. (2019). Are there also negative effects of social support? A qualitative study of patients with inflammatory bowel disease. *BMJ open*, 9(1), e022642. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022642>
175. Catalano, A., Milani, L., Franco, M., Buscema, F., Giommarini, I., Sodano, B., Gilcrease, W., Mondo, L., Marra, M., Di Girolamo, C., Bena, A., & Ricceri, F. (2024). The impact of COVID-19 pandemic on gambling: A systematic review. *Addict Behav*, 155, 108037. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2024.108037>

EKLER

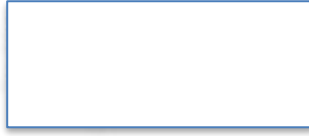
EK-1.Etik Kurul Onayı



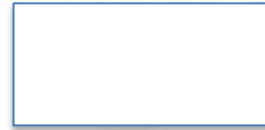
İlgili Makama

Dr. Öğretim Üyesi Başak ÜNÜBOL ve Psikolog Özlem KAPUCI 'nın "Kumar Oynama Bozukluğu Hastalarında, İçselleştirilmiş Damgalanma, Algılanan Sosyal Destek, Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Tedavi Motivasyonu Üzerine Etkisinin İncelenmesi" başlıklı çalışması etik kurulumuzda incelenmiş olup; çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca olmadığına karar verilmiştir.

Bilgilerinize sunulur.



Etik Kurul Başkanı
Prof. Dr. Saima Füsun DOMAÇ



EK-2.Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma, araştırma amaçlı olup doktora tezi kapsamında “Kumar Oynama Bozukluğu Hastalarında, İçselleştirilmiş Damgalanma, Algılanan Sosyal Destek, Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Tedavi Motivasyonu Üzerine Etkisinin İncelenmesi” isimli çalışmaya dairdir.

Bu çalışma, kumar oynama bozukluğu hastalarında içselleştirilmiş damgalanma, algılanan sosyal destek, depresyon ve anksiyete seviyelerinin tedavi motivasyonu ile ne ölçüde ilişkili olduğunun belirlenmesini amaçlamaktadır. Araştırma sonucunda elde edilen bulguların, yerli ve yabancı literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamında, Kumar Oynama Bozukluğu Hastalarında, İçselleştirilmiş Damgalanma, Algılanan Sosyal Destek, Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Tedavi Motivasyonu Üzerine Etkisinin İncelenmesi açısından DSM-5’e göre kumar oynama bozukluğu tanısı alan 165 erkek hasta, ölçekler üzerinden değerlendirilecektir. Araştırma kapsamında verilecek demografik bilgi formu ve ölçeklerle sizlerden birçok farklı konudaki soruları boş bırakmadan doldurmanız ve katılım sağlamanız beklenmektedir. Araştırmanın objektif olması ve elde edilecek sonuçların güvenilirliği bakımından, sorulacak soruları içtenlikle ve sizi tam olarak yansıtacak şekilde yarım ya da boş bırakmadan cevaplamanız ve uygulanacak ölçeklere katılım sağlamanız çok önemlidir. Yarım bırakılmış ya da cevaplanmamış ölçeklerden elde edilecek veriler araştırmada kullanılamayacaktır. Doldurulan demografik bilgi formu ve ölçekler aracılığı ile bireysel herhangi bir değerlendirme yapılmayacak ve toplanan veriler genel katılımcı özellikleri bakımından incelenecektir.

Araştırma kapsamında tarafınıza herhangi bir tıbbi müdahale veya tedavi uygulanmayacaktır. Dolayısıyla sizin adınıza araştırmadan klinik bir yarar da beklenmemektedir. Diğer taraftan araştırmaya katılımınızda herhangi bir zarar veya zararlı olaya maruz kalma riskiniz de bulunmamaktadır.

Araştırmada tarafınıza uygulanacak psikolojik testlerin uygulanmasının 20 dakika civarında sürmesi beklenmektedir. Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük üzerine olup, istediğiniz zaman herhangi bir ceza veya yaptırıma maruz kalmadan ve herhangi bir hakkınızdan mahrum kalmadan, araştırmadan çekilebilirsiniz. Diğer taraftan tarafınıza araştırmaya katılımınızdan dolayı herhangi bir ödeme de yapılmayacaktır.

Araştırmacılar:

Doç. Dr. Başak ÜNÜBOL

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık
Bilimleri Enstitüsü, Bağımlılık ve Bağımlılıkla
Mücadele Ana Bilim Dalı

Özlem KAPUCI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık
Bilimleri Enstitüsü, Bağımlılık ve Bağımlılıkla
Mücadele Ana Bilim Dalı Doktora Programı
Öğrencisi

Araştırma ile ilgili sorularınız olursa mail adresinden, bizlerle bağlantı kurabilirsiniz. Sizden sadece bu formu imzalamanız beklenmektedir. Demografik bilgi formu ve ölçeklere vermiş olduğunuz cevaplar herhangi bir kimlik bilgisi ile eşleştirilmeyecektir. Bize verdiğiniz cevaplar sadece akademik amaçla kullanılacaktır. Bu yüzden, sizden cevaplarınızı samimi bir şekilde vermeniz beklenmektedir.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağımlılık ve Bağımlılıkla Mücadele Doktora Programı öğrencisi Özlem KAPUCI tarafından yürütülen bu araştırma hakkında verilen bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.” “Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”

Bu formu imzalayarak, yukarıdaki bilgileri anladığımı ve araştırmaya katılmayı kabul ettiğimi beyan ederim.

Gönüllü Katılımcı

İmza

Araştırmacı

İmza

EK-3.Demografik Bilgi Formu

Adınız-Soyadınız:.....

1-) Yaşınız:.....

2-) Eğitim durumunuz:.....yıl

3-) Sosyal güvenceniz?

a-) Evet

b-) Hayır

4-) Anneniz hayatta mı?

a-) Evet

b-) Hayır

5-) Babanız hayatta mı?

a-) Evet

b-) Hayır

6-) Anne babanız birlikte mi yaşıyor?

a-) Evet

b-) Hayır

7-) Bir işte çalışıyor musunuz?

a-) Evet

b-) Hayır

8-)Bir işte çalışıyorsanız, çalışma şekliniz nedir?

a-) Düzenli çalışıyorum.

b-) Düzensiz olarak çalışıyorum.

c-) Yarı zamanlı çalışıyorum.

9-) Bir işte çalışıyorsanız ne iş yapıyorsunuz?

.....

10-) Hanenize giren toplam gelir miktarı ne kadardır?

a-) 4500 TL 'nin altında

b-) 4.500-10.000 TL arası

c-) 10.000 TL-15.000 TL arası

d-) 15.000 TL üstü

11-) Medeni durumunuz?

a-) Bekar

b-) Evli

c-) Boşanmış/ Ayrı yaşıyor /Dul

12-) Bir önceki soruya cevabınız “boşanmış/ayrı yaşıyor” ise; boşanma/ayrı yaşama nedeninin kumar oynama bozukluğu tanısı ile ilişkili olduğunu düşünüyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

13-)Çocuğunuz var mı?

a-) Evet

b-) Hayır

Çocuğunuz varsa çocuk sayınız:.....

14-) Kiminle yaşamaktasınız?

a-) Yalnız

b-) Anne/ babamla

c-) Ailemle

d-) Arkadaş ve akrabalarla

e-) Diğer:.....

15-) Annenizin eğitim durumu nedir?

a-) Okur yazar değil

b-) Okur yazar

c-) İlköğretim

d-) Lise

e-) Lisans ve üzeri

16-) Babanızın eğitim durumu nedir?

a-) Okur yazar değil

b-) Okur yazar

c-) İlköğretim

d-) Lise

e-) Lisans ve üzeri

17-) Hayatınız boyunca hiç alkol kullanımınız oldu mu?

a-) Evet

b-) Hayır

18-) Bir önceki soruya cevabınız evetse, **son üç ay içinde** alkol kullanım sıklığınız nedir?

a-) Hiç kullanmadım.

b-) Ayda 1-3 kez

c-) Haftada 1-2 kez

d-) Haftada 3-4 kez

d-) Her gün

19-) Alkol kullanımı nedeniyle AMATEM biriminde ayaktan tedavi gördünüz mü?

a-) Evet

b-) Hayır

20-) Alkol kullanımı nedeniyle AMATEM kliniğinde yatarak tedavi gördünüz mü?

a-) Evet

b-) Hayır

21-) Hayatınız boyunca hiç esrar, hap, kokain gibi herhangi bir madde kullandınız mı?

a-) Evet

b-) Hayır

22-) Bir önceki soruya cevabınız evetse, **son üç ay içinde** madde kullanım sıklığınız nedir?

a-) Hiç kullanmadım.

b-) Ayda 1-3 kez

c-) Haftada 1-2 kez

d-) Haftada 3-4 kez

d-) Her gün

23-) Madde kullanımı nedeniyle AMATEM kliniğinde ayaktan tedavi gördünüz mü?

a-) Evet

b-) Hayır

24-) Madde kullanımı nedeniyle AMATEM kliniğinde yatarak tedavi gördünüz mü?

a-) Evet

b-) Hayır

25-) Çevrenizde kumar oynama bozukluğu tanısı almış birileri var mı?

a-) Yok

b-) Ailemde/ 1.derece akrabalarımda kumar oynama bozukluğu tanısı almış birileri var

c-) 2.derecede akrabalarımda kumar oynama bozukluğu tanısı almış birileri var

26-) Herhangi bir fiziksel hastalığınız var mı?

- a-) Evet
- b-) Hayır

Evetse

açıklayınız:.....

27-) Sürekli kullandığınız ilaç var mı?

- a-) Evet
- b-) Hayır

Varsa ilacın adını lütfen belirtiniz:.....

28-) Bugüne kadar herhangi bir psikiyatrik tanı aldınız mı?

- a-) Evet
- b-) Hayır

Evetse

açıklayınız:.....

29-) İlk Kumar oynama yaşıınız:.....

30-) Toplam ne kadar süredir kumar oynuyorsunuz? :.....

31-) Kumar oynama sıklığınız nedir?

- a-) Haftada bir kereden az
- b-) Haftada 1-2 kez
- c-) Haftada 3-4 kez
- d-) Her gün

32-) Kumar oynama bozukluğu tanısı için daha önce ayaktan tedavi gördünüz mü?

- a-) Evet
- b-) Hayır

33-) Kumar oynama bozukluğu tanısı için daha önce yatarak tedavi gördünüz mü?

- a-) Evet
- b-) Hayır

Cevabınız evetse, kumar tedavisi için kaç kez yatarak tedavi gördünüz?

.....

34-) Adli öykünüz var mı?

- a-) Evet
- b-) Hayır

35-) Bir önceki soruya cevabınız evetse, var olan adli öykünüz;

- a) Kumara bağlı sebeplerle ilgili
- b-) Kumar harici sebeplerle ilgili

EK-4.Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

Bu testte sık sık geçen "ruhsal hastalık" terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyi dikkatle okadıktan sonra çözer

- "Kesinlikle aynı fikirde değilim" diyorsanız (1) rakamına ;
 "Aynı fikirde değilim" diyorsanız (2) rakamına ;
 "Aynı fikirdeyim" diyorsanız (3) rakamına ;
 "Kesinlikle aynı fikirdeyim" diyorsanız (4) rakamına daire içine alarak

Okuduğunuz cümleye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Her cümle için rakamlardan sadece bir tanesini işaretleyiniz.

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
1. Ruhsal bir hastalığım olduğuna için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.	1	2	3	4
2. Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.	1	2	3	4
3. Ruhsal bir hastalığım olduğuna için insanlar bana farklı davranıyorlar.	1	2	3	4
4. Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşmaktan kaçınıyorum.	1	2	3	4
5. Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.	1	2	3	4
6. Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.	1	2	3	4
7. Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.	1	2	3	4
8. Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.	1	2	3	4
9. Ruhsal hastalığım benim "garip" görünmeme ya da davranmamı neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.	1	2	3	4
10. Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.	1	2	3	4
11. İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.	1	2	3	4
12. Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim "normal" yaşamın dışında kalmama neden oluyor.	1	2	3	4
13. Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum.	1	2	3	4
14. Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.	1	2	3	4

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
15. Sırf ruhsal hastalığımdan dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.	1	2	3	4
16. Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.	1	2	3	4
17. Ruhsal hastalığımın olması hayatımı berbat etti.	1	2	3	4
18. İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığım olduğunu anlayabilirler.	1	2	3	4
19. Ruhsal hastalığımdan dolayı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.	1	2	3	4
21. Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.	1	2	3	4
22. Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı ederya da pek ciddiye almazlar.	1	2	3	4
23. Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkı olamaz.	1	2	3	4
24. Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı.	1	2	3	4
25. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yaklaşmak istemez.	1	2	3	4
26. Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.	1	2	3	4
27. Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.	1	2	3	4
28. İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.	1	2	3	4
29. Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.	1	2	3	4

EK-5.Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye (kesinlikle hayır 1.....kesinlikle evet 7) kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	1	2	3	4	5	6	7
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.	1	2	3	4	5	6	7
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	1	2	3	4	5	6	7
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var	1	2	3	4	5	6	7
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.	1	2	3	4	5	6	7
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7

EK-6.Beck Depresyon Envanteri

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. **Son bir hafta içindeki (su an dahil)** kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

1)	a. Kendimi üzgün hissetmiyorum b. Kendimi üzgün hissediyorum c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2)	a. Gelecekte umutsuz değilim b. Gelecek konusunda umutsuzum c. Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
3)	a. Kendimi başarısız görmüyorum b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
4)	a. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
5)	a. Kendimi suçlu hissetmiyorum b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6)	a. Cezalandırılmışım gibi duygular içinde değilim b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
7)	a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum d. Kendimden nefret ediyorum
8)	a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum c. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum

9)	a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim d. Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
10)	a. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum b. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum c. Şimdilerde her an ağlıyorum d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum
11)	a. Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim c. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim
12)	a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13)	a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum b. Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum d. Artık hiç karar veremiyorum
14)	a. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğumu sanmıyorum b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğumu hissediyorum d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
15)	a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum d. Artık hiç çalışamıyorum
16)	a. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17)	a. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum c. Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum
18)	a. İştahım eskisinden pek farklı değil b. İştahım eskisi kadar iyi değil c. Şimdilerde iştahım epey kötü d. Artık hiç iştahım yok



EK-7.Beck Anksiyete Envanteri

İsim:_____Tarih:_____

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra her maddedeki **bugün dahil son bir haftadır** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

		Hiç	Hafif Düzeyde <i>Beni pek etkilemedi</i>	Orta Düzeyde <i>Hoş değildi ama katlandım</i>	Ciddi Düzeyde <i>Dayanmakta çok zorlandım</i>
1	Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	①	①	②	③
2	Sıcak/ ateş basmaları	①	①	②	③
3	Bacaklarda halsizlik, titreme	①	①	②	③
4	Gevşeyememe	①	①	②	③
5	Çok kötü şeyler olacak korkusu	①	①	②	③
6	Başdönmesi veya sersemlik	①	①	②	③
7	Kalp çarpıntısı	①	①	②	③
8	Dengenizi kaybedeceğiniz duygusu	①	①	②	③
9	Dehşete kapılma	①	①	②	③
10	Sinirlilik	①	①	②	③
11	Boğuluyormuş gibi olma hissi	①	①	②	③
12	Ellerde titreme	①	①	②	③
13	Titreklilik	①	①	②	③
14	Kontrolü kaybetme duygusu	①	①	②	③
15	Nefes almada güçlük	①	①	②	③
16	Ölüm korkusu	①	①	②	③
17	Korkuya kapılma	①	①	②	③
18	Midede hazımsızlık veya rahatsızlık hissi	①	①	②	③
19	Baygınlık	①	①	②	③
20	Yüzün kızarması	①	①	②	③
21	Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)	①	①	②	③
TOPLAM İŞARET SAYISI					

EK-8.Tedavi Motivasyonu Anketi

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

