فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره۱۸، شماره ۲۲، پاییز ۱۴۰۲

تبیین نقش همنوایی و سخت‌رویی روان‌شناختی در قمار بیمارگون جوانان گلستان

مینا عشرتی[۱]، محسن جدیدی[۲]

چکیده

هدف پژوهش حاضر تبیین نقش همنوایی و سخت رویی روانشناختی در قمار بیمارگون جوانان گلستان در سال ۱۴۰۱ بود. پژوهش حاضر یک مطالعه از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه جوانان و نوجوانان ۱۶ تا ۳۰ ساله درگیر در قمار و دارای رفتار قماربیمارگون استان گلستان بودند روش نمونه‌گیری به شیوه در دسترس هدفمند و تعداد نمونه آماری بر اساس فرمول گرین برابر ۱۶۴ نفر در نظر گرفته شد. روش جمع‌آوری داده‌ها بر اساس پرسشنامه سرسختی (کوباسا و همکاران، ۱۹۸۲)، سیاهه رفتار قمار (کولاسانتا و همکاران، ۲۰۱۲) و آزمون همنوایی (لطفی، ۱۳۷۲) انجام گرفت. پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار آن برای پرسش‌نامه ها بالای ۰.۷ به‌دست آمد. همین‌طور از روایی محتوا به‌منظور آزمون روایی پرسشنامه استفاده شد، که برای این منظور پرسشنامه‌ها به تأیید متخصصین مربوطه رسید. تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS22 در دو بخش توصیفی و استنباطی (همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه) انجام پذیرفت. نتایج نشان داد همنوایی به میزان ۲۰٪ از تغییرات قمار بیمارگون در میان نوجوانان و جوانان را به صورت منفی و معنادار تبیین می نمایند. و در بخش دوم نتایج نشان داد تعهد، کنترل و مبارزه جویی به میزان ۲۸٪، ۲۶٪، ۱۶٪ از تغییرات قماربیمارگون را در میان نوجوانان و جوانان به صورت منفی و معنادار تبیین می‌نمایند.

واژگان کلیدی: همنوایی، سخت رویی روانشناختی، قمار بیمارگون

[۱] کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرقدس، شهرقدس، ایران (نویسنده مسئول) mina.eshrati1400@gmail.com
[۲] دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد شهرقدس، دانشگاه آزاد اسلامی، شهر قدس، ایران

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-24]

مقدمه

اختلال قمار[1] (GD) یک بیماری روانپزشکی است که شامل رفتار مکرر و ناسازگار قمار است که منجر به پریشانی قابل توجه بالینی می شود. اختلال قمار اخیراً در گروه «اختلالات وابسته به مواد و اعتیاد» از کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات ذهنی، چاپ پنجم ۵ -DSM طبقه بندی شد که برای اعتیاد رفتاری اولین مورد است. دسته بندی مجدد اختلال قمار اساساً به دلیل شباهت‌های بین این شرایط بالینی و اختلالات مصرف مواد بود. مطالعات متعدد ویژگی های مشابهی را با توجه به معیارهای تشخیصی، علائم شناسی، آسیب پذیری های ژنتیکی، میزان بالای همبودی و ارتباط آنها با نشانگرهای بیولوژیکی و نقایص شناختی نسبت به شانس بهبودی و مسئولیت ایجاد و حل مشکلات مربوط به قمار بین این دو پیدا می کند (منچن و همکاران[2]، ۲۰۱۸). قمار به عنوان یک اختلال کنترل تکانه طبقه‌بندی می شود و غالباً ناتوانی در کنترل تکانه ها یا مهار برخی رفتارها را نشان می دهند. قمار با احساس افزایش تنش یا هیجان قبل از عمل، احساس لذت و رضایت یا رهایی در زمان رفتار یا اندکی پس از آن شناخته می‌شود. معمولاً این افراد نمی‌توانند برای توقف این رفتارها مقابله‌ی مناسبی از خود نشان دهند. مقابله عبارت است از تلاش های فکری، هیجانی و رفتاری فرد که هنگام روبه رو شدن با فشارهای روانی به منظور غلبه کردن، تحمل کردن یا به حداقل رساندن عوارض استرس به کار گرفته می شود. در واقع منابع مقابله شامل ویژگی های خود شخص می باشد که قبل از وقوع استرس وجود دارند؛ مانند برخورداری از عزت نفس احساس تسلط بر موقعیت، سبک-های شناختی، منبع کنترل و خود اثر بخشی و توانایی حل مسأله (نازام و حسین[3]، ۲۰۲۱). برای اکثر افراد، قمار یک فعالیت لذت بخش و بی ضرر است. با این حال، برای اقلیت کمی از افراد، می تواند اعتیاد آور و مشکل آفرین شود و عواقب منفی آن شدید باشد (میر، هایر و گریفیتس[4]، ۲۰۰۹). در نتیجه، گسترش قمار قانونی به عنوان یک نگرانی مهم در مورد بهداشت عمومی شناخته شده است)، و در نتیجه ، تعداد افرادی که برای مشکلات مربوط به قمار کمک می‌کنند (ویلیام، ولبرگ و استیونسن[5]، ۲۰۱۲). اگرچه قمار برای اکثر افرادی که قمار می‌کنند یک فعالیت بی ضرر است، بیماران مبتلا به GD اغلب با تحریف‌های شناختی، مانند توهمات کنترل، رفتار تکانشی، و ویژگی های شخصیتی ناکارآمد (به عنوان مثال، اجتناب از آسیب زیاد یا جستجوی زیاد تازگی) مشخص می‌شوند (منچن و همکاران، ۲۰۱۸).

نظریه هویت اجتماعی یک نظریه روان‌شناختی اجتماعی است (تاجفل و ترنر[6]، ۱۹۷۹) که نشان می‌دهد رفتارهای مختلف با گروه‌بندی رفتار و هویت‌های اجتماعی ارائه شده توسط افراد درون گروهی مرتبط است. هنجارهای اجتماعی اغلب از این درون گروه ها مشتق می شوند و دستورالعمل هایی را برای رفتار هنجاری و مطلوب ارائه می دهند. تحقیقات گذشته نقش هویت اجتماعی و هنجارهای گروهی را در رفتار بهداشتی و

[1] Gambling disorder
[2] Menchon
[3] Nazam & Husain
[4] Meyer, Hayer, & Griffiths
[5] Williams ،Volberg & Stevens
[6] Tajfel & Turner

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-24]

اعتیاد مورد بررسی قرار داده است (باتیش و همکاران[1]، ۲۰۱۷؛ فاستر و همکاران[2]، ۲۰۱۴). با این حال، این پژوهش‌ها در تحقیقات قمار مشکل زا برای جوانان که در زمینه آنلاین فعالیت می‌کنند، استفاده نشده اند. رفتارهای جوانان اغلب به زمینه های زمان، محیط و فرهنگ وابسته است (اتوا و همکاران[3]، ۲۰۱۱). هنجارهای اجتماعی ارتباط تنگاتنگی با مکانیسم هویت اجتماعی دارند و مجموعه گسترده ای از تحقیقات نشان داده اند که هنجارهای اجتماعی بر نحوه رفتار و مشارکت افراد در فعالیت های مختلف تأثیر می گذارد و آن را شکل می دهد (ریمال و رئال[4]، ۲۰۰۵؛ رنو و همکاران[5]، ۲۰۰۵). رویکرد هنجارهای اجتماعی توسط پرکینز و برکوویتز[6] (۱۹۸۹) نشان می دهد که رفتار انسان تحت تأثیر ادراک (اغلب نادرست) از نحوه تفکر و عمل سایر اعضای گروه اجتماعی است. نظریه های مختلف همچنین توضیح داده اند که چرا مردم از هنجارهای درک شده، از نظریه های ارزش اجتماعی گرفته تا دیدگاه های عملکردی و بقا پیروی می کنند. برخی از دلایل پیروی از هنجارهای تعیین شده توسط گروه های خاص عبارتند از اعتبار اجتماعی و تقویت به دلیل قدرت پاداش رفتار هنجاری؛ همچنین پژوهش در مورد هنجارهای اجتماعی اغلب با همنوایی همراه است (پانسو و همکاران[7]، ۲۰۱۹). همنوایی به فرآیند حرکت دادن موقعیت خود به سمت موقعیت دیگران، حتی زمانی که با موقعیت اصلی فرد در تضاد باشد، اشاره دارد و همنوایی را می توان با میل به قضاوت دقیق در چشم دیگران یا کسب تایید اجتماعی از دیگران برانگیخت (اسپیرز[8]، ۲۰۲۱). افراد در مورد رفتار خود انتظاراتی دارند. زمانی که این انتظارات از خود با رفتارهای انجام شده فرد مطابقت داشته باشد، همنوایی می تواند احساس عزت نفس را افزایش دهد. از سوی دیگر، عدم همنوایی می تواند احساس اضطراب و گناه را القا کند (دونگ و همکاران[9]، ۲۰۱۹).

یکی دیگر از عوامل روانشناختی که در پژوهش حاضر به عنوان تبیین کننده رفتارهای قماربیمارگون در نظرگرفته شده است، سخت رویی روانشناختی است. سخت‌رویی به عنوان الگوی شخصیتی نگرش‌ها و استراتژی‌هایی که به افراد کمک می‌کند شرایط استرس‌زا را از بلایای احتمالی به فرصت‌های رشد تبدیل کنند، مفهوم‌سازی شده است (مادی[10]، ۲۰۱۶). به طور خاص، نگرش های سخت‌رویی مشتمل بر تعهد، کنترل و چالش است. تعهد این باور است که مهم نیست که اوضاع چقدر بد می شود، بهتر است به جای عقب نشینی در انزوا، با افراد و شرایط مربوطه درگیر باشید. کنترل این باور است که حتی در شرایط سخت، بهتر است به جای لغزیدن به سمت ناتوانی، به تلاش برای تأثیرگذاری بر نتایج ادامه دهید. و چالش این باور است که زندگی طبیعتاً استرس‌زا است و کار بر روی این استرس‌ها شما را به یادگیری و رشد در این فرآیند سوق می‌دهد (جودکین و همکاران[11]، ۲۰۲۰). تحقیقات زیادی نشان داده است که این مولفه ها به طور مثبت به

[1] Bathish
[2] Foster
[3] Ataöv
[4] Rimal & Real
[5] Reno
[6] Perkins and Berkowitz
[7] Pansu
[8] Spears
[9] Dong
[10] Maddi
[11] Judkins

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-24]

هم مرتبط هستند و ترکیب آنها به رشد و تکامل افراد کمک می‌کند. در واقع، به نظر می‌رسد که این مولفه ها، شجاعت و انگیزه را برای انجام کار سخت و تبدیل استرس‌ها به منفعت فراهم می‌کنند. این کار سخت شامل راهبردهای مقابله با حل مسئله (به جای اجتناب)، تعاملات حمایتی اجتماعی (به جای متعارض) و خودمراقبتی سودمند (به جای زیاده‌روی) است. در این فرآیند، سخت‌رویی نه تنها به استراتژی‌های سخت‌رویی، بلکه با افزایش عملکرد، خلق‌های مثبت و سلامتی نیز مرتبط هستند (ندلوو و فریرا[1]، ۲۰۱۹). یکی از مطالعات انجام شده در این زمینه، مطالعه‌ای از هادگینز و ال-گوبالی[2] (۲۰۱۰) بود. در این مطالعه، نقش همنوایی و سخت رویی در درمان و بهبودی افراد با مشکلات قمار بیمارگون بررسی شده است. نتایج نشان داد که افرادی که از همکاری و همدلی دیگران بهره می‌گیرند، موفقیت بیشتری در بهبودی خود دارند. به عبارت دیگر، همنوایی می‌تواند به عنوان یک عامل مؤثر در درمان قمار بیمارگون در جوانان باشد. یک مطالعه دیگر از والشت، وایت و کاکس[3] (۲۰۱۱) بر روی ارتباط بین سخت رویی، خانواده و قمار بیمارگون پرداخته است. نتایج نشان داد که ارتباطات قوی تر میان سخت رویی و افراد در خانواده، می‌تواند به عنوان یک عامل مؤثر در پیشگیری از قمار بیمارگون در جوانان عمل کند. از این رو، پشتیبانی و همراهی خانواده و سخت رویی می‌تواند در پیشگیری و درمان قمار بیمارگون جوانان موثر باشد.

بنابراین، بررسی نقش همنوایی و سخت رویی در قمار بیمارگون جوانان گلستان نشان می‌دهد که همکاری و همدلی افراد می‌تواند برای کاهش قمار بیمارگون مؤثر باشد، در حالی که سخت رویی به عنوان یکی از ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند برای افزایش قمار بیمارگون وابستگی و مشکلات روانی، اجتماعی و خانوادگی در جوانان گلستان مؤثر باشد. با توجه به مطالب گفته شده هدف پژوهش حاضر بررسی پاسخ به این سوال است که آیا بر اساس همنوایی و سخت رویی روانشناختی می توان قمار بیمار گون را تبیین نمود؟

روش

این پژوهش از نوع همبستگی است. جامعه آماری تحقیق حاضر را کلیه جوانان و نوجوانان ۱۶ تا ۳۰ ساله درگیر در قمار و دارای رفتار قمار بیمارگون تشکیل داد. روش نمونه گیری به شیوه در دسترس هدفمند و تعداد نمونه آماری بر اساس فرمول گرین استفاده شد و تعداد ۱۶۴ نفر انتخاب شدند و به پرسشنامه های پژوهش پاسخ دادند.

ابزارهای پژوهش:

الف) پرسشنامه سرسختی کوباسا و همکاران (۱۹۸۲): آزمون سرسختی توسط کوباسا و همکاران(۱۹۸۲) برای اندازه گیری سرسختی تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۲۰ سوال ۴ گزینه ای بوده و هدف آن ارزیابی میزان سرسختی و عوامل آن در افراد می باشد. شیوه نمره دهی این پرسشنامه بدین صورت است که گزینه های هرگز، به ندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات به ترتیب نمران ۴، ۳، ۲، ۱ کسب خواهد نمود. جمع کل نمرات این سوالات به عنوان امتیاز سرسختی آزمودنی در نظر گرفته می شود و هر چه این نمره بالاتر باشد، بیانگر سرسختی بالاتر پاسخ دهنده است و برعکس. برای سنجش امتیاز کلی این آزمون، امتیاز تک تک

[1] Ndlovu & Ferreira
[2] Hodgins & El-Guebaly
[3] Walsh, White & Cox

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-24]

سوال ها با هم جمع شده و به عنوان میزان اعتقاد به دعا در فرد پاسخ دهنده در نظر گرفته می شود. برای اندازه گیری امتیاز مربوط به هر عامل، امتیازات سوالات آن بعد با هم جمع می شود. این آزمون توسط زارع و امین پور (۱۳۹۰) بر روی دانشجویان دانشگاه پیام نور مورد هنجاریابی قرار گرفت. مطالعات زارع و امین پور (۱۳۹۰) نشان دهنده همسانی درونی مناسب این پرسشنامه می باشد.بر اساس تحلیل مولفه های اصلی و چرخش واریمکس بعد از ۷ تکرار ۳ عامل اسخراج شدند. این سه عامل ۵۰/۱۶ درصد کل واریانس آزمون را تبیین می کنند. کوباسا و مدی (۱۹۹۲) این آزمون را دارای روایی سازه مناسب می دانند.

ب) سیاهه رفتار قمار: این پرسش‌نامه بر اساس پژوهش کولاسانتا و همکاران[1](۲۰۱۲) طراحی و تدوین شد و با توجه به عمومیت سایت‌های پیش‌بنی در ایران، با تاکید بر این فضا پرسش‌نامه طراحی و تدوین شد. مقیاس از دو بخش تشکیل شده است که مربوط به ۱۲ ماه گذشته برای بررسی فراوانی شرکت در سایت‌های پیش‌بینی و در بخش دوم کسانی که به تازگی به انجام این فعالیت‌هاروی آورده‌اند تشکیل شده است و شامل ۲۳ سوال می باشد.

ج) آزمون همدلی یا همنوایی لطفی (۱۳۷۲): این پرسشنامه دارای ۵۵ گویه است. شیوه نمره گذاری بر درجه‌بندی چهارگانه لیکرت صورت بندی شده است. برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، نمره همه گویه های پرسشنامه را با هم جمع کنید. دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۰ تا ۱۶۵ خواهد بود. هر چه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان دهنده میزان بیشتر همنوایی خواهد بود و بالعکس. حداقل نمره ۵۵ و حداکثر نمره ۱۶۵ می باشد. در تحقیق لطفی (۱۳۷۳) روایی صوری و محتوایی این ابزار توسط اساتید مورد تایید قرار گرفته و پایایی آن با روش آلفای کرانباخ مناسب گزارش شد. در پژوهش شمسایی و همکاران (۱۳۸۸) نیز اعتبار پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد. خط برش این پرسشنامه ۸۷/۴۳ ، به این معنا که نمره کمتر از آن نشان دهنده عدم همنوایی و نمره های بیشتر از آن نشانه همنوایی کامل است. این خط برش این در پرسشنامه با استفاده از خطای معیار اندازه گیری و فاصله اطمینان محاسبه شده است. به این نحو که حد بالای فاصله اطمینان به عنوان نقطه برش در نظر گرفته می شود (کریمی، ۱۳۹۸).

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از پرسشنامه از روش‌های آماری استنباطی و به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها و انجام آزمون‌های آماری از نرم افزار SPSS22 استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از همبستگی پیرسون وتحلیل رگرسیون استفاده شد.

یافته ها

بر اساس نتایج به دست آمده ۸۳.٦٪ از پاسخگویان شامل پسران و ١٦.٤٪ دختران بودند. نتایج به دست آمده از توزیع فراوانی سن پاسخگویان بیشترین فراوانی مربوط به ۲۵ تا ۲۷ سال با ۳۱٪ و کمترین آن ۱۹ تا ۲۱ سال با ۶.۳ ٪ می‌باشد. بیشترین فراوانی تحصیلات مربوط به زیردیپلم با ۴۹.۷٪ و پس از آن به ترتیب کارشناسی ، دیپلم و کارشناسی ارشد با ۱۷.۷٪ ، ۱۶.۳٪ و ۱۶۳٪ قرار دارد. ۶۶.۴٪ فاقد شغل و ۳۳.۶ دارای شغل و مشغول به کار بودند.

[1] Colasante, E., et al

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-24]

جدول ۱. مدل همنوایی در تبیین قمار بیمار گون

مدل	R	R^2	R تعدیل شده	انحراف استاندارد
۱	.۷۰۶[a]	.۴۹۸	.۴۹۵	.٤٦٦٧٠

بر اساس نتایج به دست آمده جدول ۱ بین همنوایی و قماربیمارگون رابطه معناداری وجود دارد. بر اساس نتایج رابطه بین این دو متغیر برابر ۰.۷۰۶ می‌باشد و ضریب همبستگی تعدیل شده نشان داد ۴۹٪ از تغیرات متغیر سرمایه اجتماعی به وسیله همنوایی تبیین می‌گردد.

جدول ۲. نتایج آنوای مدل همنوایی در تبیین قمار بیمار گون

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig
رگرسیون	۳۷.۲۱۵	۱	۳۷.۲۱۵	۶۸.۷۱۴	.۰۰۱
باقی‌مانده	۳۷.٤٦۳	۱۶۲	.۲۳۱		
مجموع	۷٤.٦۷۸	۱۶۳			

جدول ۲ ضرایب به دست آمده را برای رگرسیون نشان می‌دهد.بر اساس نتایج به دست آمده ارتباط همنوایی و قمار بیمار گون معنادار هستند. ضریب بتا بیان کننده وجود رابطه علّی خطی و شدت و جهت این رابطه بین دو متغیر مکنون است. عددی بین ۱- تا +۱ است که اگر برابر با صفر شوند، نشان دهنده ی نبود رابطه علی خطی بین دو متغیر پنهان است.

جدول ۳. ضرایب متغیرهای پژوهش مدل همنوایی در تبیین قمار بیمار گون

مدل	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد	t	Sig
	B	Std.Error	Beta		
ثابت	.٤۰٤	.۲۰۳		۱.۹۹٦	.۰٤۸
قمار بیمارگون	-۲.۰٤۱	.٦۱۳	-.۲۰۹	-۱۱.۳۲۸	.۰۰۱

بر اساس ضریب بتای به دست آمده از جدول ۳ همنوایی به میزان ۰.۲۰ از تغییرات قمار بیمارگون در میان نوجوانان و جوانان را به صورت منفی و معنادار تبیین می نمایند.

جدول ۴. مدل سخت‌رویی روانشناختی در تبیین قمار بیمار گون

مدل	R	R^2	Rتعدیل شده	انحراف استاندارد
۱	.۵۹۷[a]	.۳۵۶	.۳۴۵	.۳۲۶۴

بر اساس نتایج به دست آمده جدول ۴ بین سخت‌رویی روانشناختی و قمار بیمار گون رابطه معناداری وجود دارد. بر اساس نتایج رابطه بین این دو متغیر برابر ۰.۵۹ می‌باشد و ضریب همبستگی تعدیل شده نشان داد ۳۴٪ از تغیرات متغیر قمار بیمارگون به وسیله سخت‌رویی روانشناختی تبیین می‌گردد.

جدول ۵. نتایج آنوای سخت‌رویی روانشناختی در تبیین قمار بیمار گون

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig
رگرسیون	۱۵.۶۸۵	۱	۱۵.۶۸۵	۲۵.۲۵۸	.۰۰۱
باقی‌مانده	۵۳۲.۳۶۹۸	۳۸۲	۱.۳۹۳		
مجموع	۵۴۸.۰۵	۳۸۳			

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-24]

جدول ۵ ضرایب به دست آمده را برای رگرسیون نشان می‌دهد. بر اساس نتایج به دست آمده ارتباط سخت‌رویی روانشناختی و قمار بیمار گون معنادار هستند. ضریب بتا بیان کننده وجود رابطه علّی خطی و شدت و جهت این رابطه بین دو متغیر مکنون است. عددی بین ۱- تا +۱ است که اگر برابر با صفر شوند، نشان دهنده نبود رابطه علّی خطی بین دو متغیر پنهان است.

جدول ۶. ضرایب متغیرهای پژوهش سخت‌رویی روانشناختی در تبیین قمار بیمار گون

مدل	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد	t	Sig
	B	Std.Error	Beta		
ثابت	.۲۵۸	.۳۶۹		1.۴۶۸	.۰۸۵
تعهد	-۵.۴۸۱	.۵۶۸	-.۲۸۴	-۸.۳۶۷	.۰۰۱
کنترل	-۷.۲۵۳	.۳۵۲	-.۲۶۴	-۱۰.۱۳۵	.۰۰۱
مبارزه جویی	-۹.۱۱۶	.۴۴۶	-.۱۶۸	-۹.۰۶۸	.۰۰۶

بر اساس ضریب بتای به دست آمده از جدول ۶ تعهد، کنترل و مبارزه جویی به میزان ۰.۲۸، ۰.۲۶ و ۰.۱۶ از تغییرات قماربیمارگون را در میان نوجوانان و جوانان به صورت منفی و معنادار تبیین می نمایند.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تبیین نقش همنوایی و سخت رویی روان شناختی در قمار بیمارگون جوانان گلستان انجام شد. نتایج نشان داد همنوایی به میزان ۰.۲۰ از تغییرات قمار بیمارگون در میان نوجوانان و جوانان را به صورت منفی و معنادار تبیین می نمایند. این یافته ها با پژوهش های فاطمی نیا و درویشی فرد (۱۳۹۹)، ساولنین و همکاران (۲۰۲۱)، آلامی و همکاران (۲۰۱۸) و گیرالت و همکاران (۲۰۱۸) همسو می باشد. مشکلات قمار ممکن است برای هر کسی از هر طبقه‌ای از زندگی اتفاق بیفتد. قمار میتواند از یک انحراف سرگرم کننده و بی ضرر به یک وسواس ناسالم با عواقب جدی تبدیل می شود. اعتیاد به قمار که همچنین به عنوان قمار بیمارگونه، قمار اجباری یا اختلال قمار شناخته می شود، یک اختلال کنترل تکانه است که میتواند زندگی فرد را مختل کند و علی رغم عواقب جدی فرد آن را ادامه میدهد. در پژوهش های بسیاری رفتارهای قمار بیمارگون با مشکلات سوء مصرف مواد، ADHD مدیریت نشده، استرس، افسردگی، اضطراب یا اختلال دوقطبی گزارش شده است. جوانان به دلیل نابالغی‌های شناختی و عدم توسعه عملکرد اجرایی، که باعث افزایش تکانشگری و رفتارهای ریسک‌پذیر می‌شود، در معرض خطر مشکلات قمار هستند و این آسیب‌پذیری ممکن است با توجه به فرصت‌های در حال گسترش جوانان برای قمار از طریق بازی آنلاین، پایانه‌های شانس ثابت و شرط‌بندی در بازی افزایش یابد (گریفیث و پارک، ۲۰۱۰). طبقه بندی۵ DSM- این وضعیت را به عنوان یک اختلال اعتیاد آور طبقه بندی کرده است و بیان کرده است افرادی که تحت تأثیر قرار می گیرند شباهت های زیادی با افرادی که اعتیاد به مواد دارند از خود نشان می‌دهند. اصطلاح اعتیاد به قمار مدت‌هاست استفاده می‌شود. قمار پاتولوژیک مدتها توسط انجمن روانپزشکی آمریکا به عنوان یک اختلال کنترل تکانه به جای اعتیاد در نظر گرفته می شد و با این حال، داده ها نشان می دهد که رابطه نزدیک تری بین قمار پاتولوژیک و اختلالات مصرف مواد نسبت به اختلال وسواس اجباری وجود دارد، عمدتاً به این دلیل که رفتارها در قمار مشکل دار و اغلب اختلالات اولیه مصرف مواد به دنبال فعال کردن مکانیسم‌های پاداش مغز هستند،

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-24]

در حالی که رفتارهای مشخص‌کننده اختلال وسواس فکری-اجباری توسط سیگنال‌های بیش فعال و نابجا از مکانیسم‌های ترس مغز تحریک می‌شوند (آلامی و همکاران، ۲۰۲۱). همدلی را می توان به عنوان ظرفیتی برای آگاهی و به اشتراک گذاشتن احساسات دیگران در نظر گرفت که برای ایجاد مرزهای عاطفی بین فردی و برای سازمان اجتماعی ضروری است. فراتر از اینکه اجازه می دهد با تجربیات عاطفی دیگران طنین انداز شود، همدلی فرد را قادر می سازد تصور کند که اگر در موقعیت شخص دیگری قرار می گرفت چه احساسی خواهد داشت، فکر می کرد یا انجام می داد و بازنمودهای ذهنی مربوط به تاریخچه شخصی و عاطفی آنها را فعال می کند بنابراین قدرت همدلی بیشتر می تواند را از رفتارهای مرتبط با قمار برحذر دارد و آن ها را کاهش دهد.

همچنین نتایج نشان داد تعهد، کنترل و مبارزه جویی به میزان ۰.۲۸، ۰.۲۶ و ۰.۱۶ از تغییرات قمار بیمارگون را در میان نوجوانان و جوانان به صورت منفی و معنادار تبیین می نمایند. این یافته ها همسو با نتایج اختیاری و همکاران (۱۳۸۹)، ساولنین و همکاران (۲۰۲۱)، آلامی و همکاران (۲۰۱۸) و گیرالت و همکاران (۲۰۱۸) بود. سرسختی به‌عنوان الگوی شخصیتی نگرش‌ها و استراتژی‌هایی که به افراد کمک می‌کند شرایط استرس‌زا را از بلایای احتمالی به فرصت‌های رشد تبدیل کنند، مفهوم‌سازی شده است (مدی، 2017). مولفه‌های سرسختی تعهد، کنترل و مبارزه جویی است که تعهد این باور است که مهم نیست که اوضاع چقدر بد می‌شود، بهتر است به جای عقب نشینی در انزوا، با افراد و شرایط مربوطه درگیر باشید. کنترل این باور است که حتی در شرایط سخت، بهتر است به جای لغزیدن به سمت ناتوانی، به تلاش برای تأثیرگذاری بر نتایج ادامه دهید. و چالش این باور است که زندگی طبیعتاً استرس‌زا است و کار بر روی این استرس‌ها شما را به یادگیری و رشد در این فرآیند سوق می‌دهد. تحقیقات زیادی نشان داده است که این مولفه ها به طور مثبت به هم مرتبط هستند و ترکیب آن‌ها به رشد و تکامل افراد کمک می کند (مادی، ۲۰۲۰). در واقع، به نظر می‌رسد که نگرش‌های شجاعانه و انگیزه را برای انجام کار سخت و تبدیل استرس‌ها به سود فراهم می‌کنند. در تبیین این یافته ها می توان گفت، قماربیمارگون یکی از رفتارهای پرخطر است که وجود سرسختی روانشناختی، فرد را به استفاده از راهکارهای مقابله‌ای تبدیلی که منجر به حل مسئله خواهد شد، سوق می‌دهد و این افراد در برخورد با رویدادهای زندگی به جای استفاده از راهکارهای مقابله‌ای واپس‌رونده مانند انکار و اجتناب، به مواجهه مستقیم با آن‌ها می‌پردازند. این ویژگی در افراد نگرشی را به وجود می‌آورد که شیوه رویارویی با مسائل مختلف را تحت تأثیر قرار می‌دهد. افراد با سرسختی روانشناختی بالا، حوادث زندگی را به طور قابل درک و همراه با تنوع و گوناگونی در نظر می‌گیرند. در مقابل افرادی که سرسختی روانشناختی پایینی دارند، نسبت به حوادث دچار احساس بیگانگی، ناتوانی و تهدید می‌شوند. توانایی مهارگری کمتری را احساس می‌کنند. در نتیجه افراد با سرسختی روانشناختی بالا، کمتر به رفتارهای پرخطر روی می‌آورند. در تبیینی دیگر می‌توان گفت افرادی که از نظر ویژگی سرسختی روانشناختی در سطح پایینی قرار دارند معمولاً تنبل، غیرفعال، بی ثبات، غیرقابل پیش‌بین، و دمدمی مزاج هستند. آنها وقتی در فعالیت‌هایشان به مشکلی بر می‌خورند، خیلی زود احساس کام‌نایافتگی و شکست می‌کنند، دست از تلاش بر می‌دارند، و هیچ پافشاری و

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-24]

سرسختی خاصی برای رسیدن به اهداف خود انجام نمی‌دهند. نتیجه اینکه این افراد در نهایت برای جبران شکست‌های خود به رفتارهای پرخطر مانند قمار و طی ره صدساله در یک شب روی می‌آورند.

این مطالعه مربوط به نوجوانان و جوانان در یک سن خاص و یک منطقه خاص است که باید با احتیاط نتایج را به جمعیت‌های دیگر تعمیم داد. در این پژوهش جمعیت مورد بررسی افراد غیر بالینی بوده اند، بنابراین تعمیم آن به جمعیت های بالینی با محدودیت روبرو است. تنها استفاده از ابزار پرسشنامه جهت بررسی آسیب های قماربیمارگون و سوگیری های پاسخ دهندگان ممکن است نتایج پژوهش را تحت تاثیر قرار دهد. توصیه می شود که پژوهش های بعدی بر گروه های بالینی نیز متمرکز شوند تا امکان مقایسه گروه های بالینی و غیر بالینی فراهم آید. به کارشناسان حوزه های سلامت در محیط های آموزشی پیشنهاد می شود به طرح و اجرای برنامه هایی جهت آشنایی، پیشگیری و درمان اختلال قماربیمارگون بپردازند که این برنامه ها می تواند شامل کارگاه هایی برای والدین، اساتید و معلمان و مربیان باشد.

منابع

اختیاری، حامد؛ دزفولی، امیر؛ کرامتی، محمدمهدی؛ صفایی، هومن؛ لوکس، کارو و مکری، آذرخش. (۱۳۸۹). تحلیل رفتار معتادان در آزمون قمار آیوا با استفاده از مدل یادگیری تقویتی. *فصلنامه تازه های علوم شناختی*، ۱۲ (۲)، ۳۸-۱۵

زارع، حسین و امین پور، حسن. (۱۳۹۰). *آزمون های روان شناختی*. تهران: انتشارات آبیژ.

شمسایی، محمدمهدی؛ کریمی، یوسف؛ جدیدی، محسن و نیک خواه، حمیدرضا. (۱۳۸۸). همنوایی: همبسته های آن با پنج عامل بزرگ شخصیت، جنس و وضعیت تاهل. *نشریه روان شناسی کاربردی*، ۳ (۱)، ۸۳- ۶۹.

فاطمی نیا، محمدعلی؛ ستار، پروین و درویشی فرد، علی اصغر. (۱۳۹۹). گونه شناسی قمار و آسیب‌های اجتماعی آن در شهر تهران (مورد مطالعه: محله هرندی). *فصلنامه علوم اجتماعی*، ۲۷(۸۹)، ۱۰۹-۱۲۱.

لطفی، حمید. (۱۳۷۳). *بررسی رابطه منبع کنترل و حمایت اجتماعی با همرنگی اجتماعی*، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی.

Allami, Y., Vitaro, F., Brendgen, M., Carbonneau, R., & Tremblay, R. E. (2018). Identifying at-risk profiles and protective factors for problem gambling: A longitudinal study across adolescence and early adulthood. *Psychology of addictive behaviors*, *32*(3), 373.

Ataöv, A., Brøgger, B., & Hildrum, J. M. (2010). An action research approach to the inclusion of immigrants in work life and local community life: preparation of a participatory realm. *Action Research*, *8*(3), 237-265.

Bathish, R., Best, D., Savic, M., Beckwith, M., Mackenzie, J., & Lubman, D. I. (2017). "Is it me or should my friends take the credit?" The role of social networks and social identity in recovery from addiction. *Journal of Applied Social Psychology*, *47*(1), 35-46.

Dong, L., Zhang, J., Huang, L., & Liu, Y. (2021). Social influence on endorsement in social Q&A community: Moderating effects of temporal and spatial factors. *International Journal of Information Management*, *61*, 102396.

Foster, D. W., Hoff, R. A., Pilver, C. E., Yau, Y. H., Steinberg, M. A., Wampler, J., ... & Potenza, M. N. (2015). Correlates of gambling on high-school grounds. *Addictive behaviors*, *51*, 57-64.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-24]

Giralt, S., Müller, K. W., Beutel, M. E., Dreier, M., Duven, E., & Wölfling, K. (2018). Prevalence, risk factors, and psychosocial adjustment of problematic gambling in adolescents: Results from two representative German samples. *Journal of behavioral addictions*, *7*(2), 339-347.

Hodgins, D. C., & El-Guebaly, N. (2000). Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems: a comparison of resolved and active gamblers. *Addiction*, *95*(5), 777-789.

Judkins, J., Moore, B., & Colette, T. (2020). Psychological hardiness. *book: The Routledge Research Encyclopedia of Psychology Applied to Everyday Life. Publisher: Abingdon, Oxon: Routledge*.

Maddi SR. (2017). Comments on trends in hardiness research and theorizing. *Consul Psychol J Prac Res*; 51(3): 67-71.

Maddi SR.(2014). Comments on trends in hardiness research and theorizing. *Consul Psychol J Prac Res*; 51(3): 67-71.

Maddi, S. (2020). Hardiness is negatively related to gambling. *Open Access Library Journal*, *3*(08), 1.

Menchon, J. M., Mestre-Bach, G., Steward, T., Fernández-Aranda, F., & Jiménez-Murcia, S. (2018). An overview of gambling disorder: from treatment approaches to risk factors. *F1000Research*, *7*.

Meyer, G., Hayer, T., & Griffiths, M. (Eds.). (2009). *Problem gambling in Europe: Challenges, prevention, and interventions*. Springer Science & Business Media.

Nazam, F., & Husain, A. (2021). Psychometric revalidation of Children's Hope Scale among Indian adolescents. *Asia-Pacific Social Science Review*, *21*(1), 188-196.

Ndlovu, V., & Ferreira, N. (2019). Students' psychological hardiness in relation to career adaptability. *Journal of Psychology in Africa*, *29*(6), 598-604.

Pansu, P., Fointiat, V., Lima, L., Blatier, C., Flore, P., & Vuillerme, N. (2019). Changing behaviors: Using norms to promote physical activity for type 2 diabetes patients. *European Review of Applied Psychology*, *69*(2), 59-64.

Perkins, H. W., & Berkowitz, A. D. (1989). Stability and contradiction in college students' drinking following a drinking-age law change. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 60-77.

Reno, R. R., Cialdini, R. B., & Kallgren, C. A. (1993). The transsituational influence of social norms. *Journal of personality and social psychology*, *64*(1), 104.

Rimal, R. N., & Real, K. (2005). How behaviors are influenced by perceived norms: A test of the theory of normative social behavior. *Communication research*, *32*(3), 389-414.

Savolainen, I., Oksanen, A., Kaakinen, M., Sirola, A., Zych, I., & Paek, H. J. (2021). The role of online group norms and social identity in youth problem gambling. *Computers in Human Behavior*, *122*, 106828.

Spears, R. (2021). Social influence and group identity. *Annual Review of Psychology*, *72*, 367-390.

Tajfel, H., Turner, J. C., Austin, W. G., & Worchel, S. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. *Organizational identity: A reader*, *56*(65), 9780203505984-16.

Walsh, S. P., White, K. M., & Cox, S. (۲۰۱۱). The role of family and peers in the development of attitudes towards gambling in a Southern Australian rural community. *Journal of Gambling Studies*, ۲۷(۱), ۱-۱۴

Williams, R. J., Volberg, R. A., & Stevens, R. M. (2012). *The population prevalence of problem gambling: Methodological influences, standardized rates, jurisdictional differences, and worldwide trends*. Ontario Problem Gambling Research Centre.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-24]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره۱۸، شماره ۲۲، پاییز ۱۴۰۲

Explaining the Role of Conformity and Psychological Hardiness in Gambling among Young People of Golestan

Mina Eshrati[۱], Mohsen Jadidi[۲]

Abstract

The aim of the present study was to explain the role of conformity and psychological hardiness in the pathological gambling of Golestan youth in 1401. The statistical population of the research included all young people and teenagers aged 16 to 30 years involved in gambling and had gambling behavior in Golestan province. The sampling method was based on the available targeted method and the number of statistical samples based on Green's formula was considered to be 164 people. The method of data collection was based on stubbornness questionnaire (Kobasa et al., 1982), Gambling Behavior Inventory (Colasanta et al., 2012) and conformity test (Latfi, 2012). The reliability of the questionnaire was calculated using Cronbach's alpha method, and its value was found to be above 0.7 for the questionnaires. Likewise, content validity was used to test the validity of the questionnaire, and for this purpose, the questionnaires were approved by the relevant experts. The analysis of the information obtained from the implementation of the questionnaires was done through SPSS22 software in two descriptive and inferential parts (Pearson correlation and multiple regression). The results showed that 20% of the pathological gambling changes among teenagers and young adults are negatively and significantly explained. And in the second part, the results showed that commitment, control, and fighting are 28%, 26%, and 16% of the changes in gambling among teenagers and young adults in a negative and meaningful way.

Key words: conformity, psychological hardiness, pathological gambling

[1] Master's degree in General Psychology, Islamic Azad University, Shahre-Qods Branch, Shahre-Qods, Iran (corresponding author)
[2] Associate Professor, Department of Psychology, Shahre-Qods Branch, Islamic Azad University, Shahre-Qods, Iran

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-24]