



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 سخت‌رویی 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 پرسشنامه‌ها بالای ۰.۷ به دست آمد. همین‌طور از روایی محتوا به منظور آزمون روایی پرسشنامه استفاده شد، که برای این منظور پرسشنامه‌ها به تأیید متخصصین مربوطه رسید. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست 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 می‌نمایند. 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، سخت‌رویی 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



مقدمه

اختلال قمار^۱ (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 شباهت های 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^۲، ۲۰۱۸). قمار به عنوان یک اختلال کنترل تکانه طبقه بندی 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 می شود. معمولاً این افراد نمی توانند برای توقف این رفتارها مقابله ای 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^۳، 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^۴، 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 می کنند (ویلیام، ولبرگ و استیونس^۵، ۲۰۱۲). اگرچه قمار برای اکثر افرادی که قمار می کنند یک فعالیت بی ضرر است، بیماران مبتلا به GD اغلب با تحریف های شناختی، مانند توهمات کنترل، رفتار تکانشی، و ویژگی های شخصیتی ناکارآمد (به عنوان مثال، اجتناب از آسیب زیاد یا جستجوی زیاد تازگی) مشخص می شوند (منچن و همکاران، ۲۰۱۸).

نظریه هویت اجتماعی یک نظریه روان شناختی اجتماعی است (تاجفل و ترنر^۶، ۱۹۷۹) که نشان می دهد رفتارهای مختلف با گروه بندی رفتار و هویت های 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



اعتیاد مورد بررسی قرار داده است (باتیش و همکاران^۱، ۲۰۱۷؛ فاستر و همکاران^۲، ۲۰۱۴). با این حال، این پژوهش‌ها در تحقیقات قمار مشکل‌زا برای جوانان که در زمینه آنلاین فعالیت می‌کنند، استفاده نشده‌اند. رفتارهای جوانان اغلب به زمینه‌های زمان، محیط و فرهنگ وابسته است (اتوا و همکاران^۳، ۲۰۱۱). هنجارهای اجتماعی ارتباط تنگاتنگی با مکانیسم هویت اجتماعی دارند و مجموعه گسترده‌ای از تحقیقات نشان داده‌اند که هنجارهای اجتماعی بر نحوه رفتار و مشارکت افراد در فعالیت‌های مختلف تأثیر می‌گذارد و آن را شکل می‌دهد (ریمال و رئال^۴، ۲۰۰۵؛ رنو و همکاران^۵، ۲۰۰۵). رویکرد هنجارهای اجتماعی توسط پرکینز و برکوویتز^۶ (۱۹۸۹) نشان می‌دهد که رفتار انسان تحت تأثیر ادراک (اغلب نادرست) از نحوه تفکر و عمل سایر اعضای گروه اجتماعی است. نظریه‌های مختلف همچنین توضیح داده‌اند که چرا مردم از هنجارهای درک شده، از نظریه‌های ارزش اجتماعی گرفته تا دیدگاه‌های عملکردی و بقا پیروی می‌کنند. برخی از دلایل پیروی از هنجارهای تعیین شده توسط گروه‌های 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^۷، 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 می‌توان با میل به قضاوت دقیق در چشم دیگران یا کسب تایید اجتماعی از دیگران برانگیخت (اسپیرز^۸، ۲۰۲۱). افراد در مورد رفتار خود انتظاراتی دارند. زمانی که این انتظارات از خود با رفتارهای انجام شده فرد مطابقت داشته باشد، هم‌نوایی می‌تواند احساس عزت نفس را افزایش دهد. از سوی دیگر، عدم هم‌نوایی می‌تواند احساس اضطراب و گناه را القا کند (دونگ و همکاران^۹، ۲۰۱۹).

یکی دیگر از عوامل روانشناختی که در پژوهش حاضر به عنوان تبیین‌کننده رفتارهای قماربیمارگون در نظر گرفته شده است، سخت‌روی روانشناختی است. سخت‌روی 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^{۱۰}، ۲۰۱۶). به طور خاص، نگرش‌های سخت‌روی مشتمل بر تعهد، کنترل و چالش است. 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 (جودکین و همکاران^{۱۱}، ۲۰۲۰). تحقیقات زیادی نشان داده است که این مولفه‌ها 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



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^۱، ۲۰۱۹). یکی از مطالعات انجام شده در این زمینه، مطالعه‌ای از هادگینز و ال-گوبالی^۲ (۲۰۱۰) بود. در این مطالعه، نقش هم‌نوایی و سخت‌رویی 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 والش، وایت و کاکس^۳ (۲۰۱۱) بر روی ارتباط بین سخت‌رویی، خانواده و قمار بیمارگون پرداخته است. نتایج نشان داد که ارتباطات قوی تر میان سخت‌رویی 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 سخت‌رویی می‌تواند در پیشگیری و درمان قمار بیمارگون جوانان مؤثر باشد.

بنابراین، بررسی نقش هم‌نوایی و سخت‌رویی در قمار بیمارگون جوانان گلستان نشان می‌دهد که همکاری و همدلی افراد می‌تواند برای کاهش قمار بیمارگون مؤثر باشد، در حالی که سخت‌رویی 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 سخت‌رویی روانشناختی می‌توان قمار بیمارگون 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 نمونه‌گیری به شیوه در دسترس هدفمند و تعداد نمونه آماری بر اساس فرمول گرین استفاده شد و تعداد ۱۶۴ نفر انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند.

ابزارهای پژوهش:

الف) پرسشنامه سرسختی کوباسا و همکاران (۱۹۸۲): آزمون سرسختی توسط کوباسا و همکاران (۱۹۸۲) برای اندازه‌گیری سرسختی تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۲۰ سوال ۴ گزینه‌ای بوده و هدف آن ارزیابی میزان سرسختی و عوامل آن در افراد می‌باشد. شیوه نمره دهی این پرسشنامه بدین صورت است که گزینه‌های 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 می‌شود 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



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 استخراج 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^۱ (۲۰۱۲) طراحی و تدوین شد و با توجه به عمومیت سایت های پیش بینی 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 سایت های پیش بینی و در بخش دوم کسانی که به تازگی به انجام این فعالیت ها روی آورده اند 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 درجه بندی 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 روش های آماری استنباطی و به منظور تجزیه و تحلیل داده ها و انجام آزمون های آماری از نرم افزار SPSS22 استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شد.

یافته ها

بر اساس نتایج به دست آمده ۸۳.۶٪ از پاسخگویان شامل پسران و ۱۶.۴٪ 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٪ می باشد. 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 ۱۶.۳٪ قرار دارد. ۶۶.۴٪ فاقد شغل و ۳۳.۶٪ دارای شغل و مشغول به کار بودند.

¹ Colasante, E., et al



جدول ۱. مدل همنوایی در تبیین قمار بیمار گون

| مدل | R | R ² | R تعدیل شده | انحراف استاندارد |
|-----|-------------------|----------------|-------------|------------------|
| ۱ | .۷۰۶ ^a | .۴۹۸ | .۴۹۵ | .۴۶۶۷۰ |

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 می باشد و ضریب همبستگی تعدیل شده نشان داد ۴۹٪ از تغییرات متغیر سرمایه اجتماعی به وسیله همنوایی تبیین می گردد.

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 |
| باقی مانده | ۳۷.۴۶۳ | ۱۶۲ | .۲۳۱ | | |
| مجموع | ۷۴.۶۷۸ | ۱۶۳ | | | |

جدول ۲ ضرایب به دست آمده را برای رگرسیون نشان می دهد. بر اساس نتایج به دست آمده ارتباط همنوایی و قمار بیمار گون معنادار هستند. ضریب بتا بیان کننده وجود رابطه علی 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 | |
|---------------|--------------------|-----------|-----------------|---------|
| | B | Std.Error | Beta | t |
| ثابت | .۴۰۴ | .۲۰۳ | | ۱.۹۹۶ |
| قمار بیمارگون | -۲.۰۴۱ | .۶۱۳ | -.۲۰۹ | -۱۱.۳۲۸ |

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 | R تعدیل 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 می باشد و ضریب همبستگی تعدیل شده نشان داد ۳۴٪ از تغییرات متغیر قمار بیمارگون به وسیله سخت‌رویی روانشناختی تبیین می گردد.

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 |
| باقی مانده | ۵۳۲.۳۶۹۸ | ۳۸۲ | ۱.۳۹۳ | | |
| مجموع | ۵۴۸.۰۵ | ۳۸۳ | | | |



جدول ۵ ضرایب به دست آمده را برای رگرسیون نشان می‌دهد. بر اساس نتایج به دست آمده ارتباط سخت‌رویی روانشناختی و قمار بیمارگون معنادار هستند. ضریب بتا بیان کننده وجود رابطه علی 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 علی خطی بین دو متغیر پنهان است.

جدول ۶. ضرایب متغیرهای پژوهش سخت‌رویی روانشناختی در تبیین قمار بیمارگون

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

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 می‌نمایند.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تبیین نقش هم‌نوایی و سخت‌رویی روان‌شناختی 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 می‌نمایند. این یافته‌ها با پژوهش‌های فاطمی‌نیا و درویشی‌فرد (۱۳۹۹)، ساولنین و همکاران (۲۰۲۱)، آلامی و همکاران (۲۰۱۸) و گیرالت و همکاران (۲۰۱۸) همسو می‌باشد. مشکلات قمار ممکن است برای هر کسی از هر طبقه‌ای از زندگی اتفاق بیفتد. قمار می‌تواند از یک انحراف سرگرم‌کننده و بی‌ضرر به یک وسواس ناسالم با عواقب جدی تبدیل می‌شود. اعتیاد به قمار که همچنین به عنوان قمار بیمارگونه، قمار اجباری یا اختلال قمار شناخته می‌شود، یک اختلال کنترل تکانه است که می‌تواند زندگی فرد را مختل کند و علی‌رغم عواقب جدی فرد آن را ادامه می‌دهد. در پژوهش‌های 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 بندی ۵-DSM این وضعیت را به عنوان یک اختلال اعتیاد آور طبقه بندی کرده است و بیان کرده است افرادی که تحت تأثیر قرار می‌گیرند شباهت‌های 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 می‌شد و با این حال، داده‌ها نشان می‌دهد 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،



در حالی که رفتارهای مشخص کننده اختلال وسواس فکری-اجباری توسط سیگنال‌های بیش فعال و نابجا از مکانیسم‌های ترس مغز تحریک می‌شوند (آلامی و همکاران، ۲۰۲۱). همدلی را می‌توان 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 می‌دهد با تجربیات عاطفی دیگران طنین انداز شود، همدلی فرد را قادر می‌سازد تصور کند که اگر در موقعیت شخص دیگری قرار می‌گرفت چه احساسی خواهد داشت، فکر می‌کرد یا انجام می‌داد و بازنمودهای ذهنی مربوط به تاریخچه شخصی و عاطفی آنها را فعال می‌کند بنابراین قدرت همدلی بیشتر می‌تواند را از رفتارهای مرتبط با قمار برحذر دارد و آن‌ها 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 می‌نمایند. این یافته‌ها همسو با نتایج اختیاری و همکاران (۱۳۸۹)، ساولنین و همکاران (۲۰۲۱)، آلامی و همکاران (۲۰۱۸) و گیرالت و همکاران (۲۰۱۸) بود. سرسختی 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 (مدی، ۲۰۱۷). 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 مولفه‌ها به طور مثبت به هم مرتبط هستند و ترکیب آن‌ها به رشد و تکامل افراد کمک می‌کند (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 یافته‌ها می‌توان 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، بی‌ثبات، غیرقابل پیش‌بینی، 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



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 جمعیت‌های بالینی با محدودیت روبرو است. تنها استفاده از ابزار پرسشنامه جهت بررسی آسیب‌های قماربیمارگون و سوگیری‌های پاسخ‌دهندگان ممکن است نتایج پژوهش را تحت تاثیر قرار دهد. توصیه می‌شود که پژوهش‌های بعدی بر گروه‌های بالینی نیز متمرکز شوند تا امکان مقایسه گروه‌های بالینی و غیر بالینی فراهم آید. به کارشناسان حوزه‌های سلامت در محیط‌های آموزشی پیشنهاد می‌شود به طرح و اجرای برنامه‌هایی جهت آشنایی، پیشگیری و درمان اختلال قماربیمارگون بپردازند که این برنامه‌ها می‌تواند شامل کارگاه‌هایی برای والدین، اساتید و معلمان و مربیان باشد.

منابع

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

زارع، حسین و امین پور، حسن. (۱۳۹۰). *آزمون‌های روان‌شناختی*. تهران: انتشارات آبیژ. شمسایی، محمدمهدی؛ کریمی، یوسف؛ جدیدی، محسن و نیک خواه، حمیدرضا. (۱۳۸۸). همنوایی: همبسته‌های آن با پنج عامل بزرگ شخصیت، جنس و وضعیت تاهل. *نشریه روان‌شناسی کاربردی*، ۳ (۱)، ۸۳-۶۹.

فاطمی نیا، محمدعلی؛ ستار، پروین و درویشی فرد، علی اصغر. (۱۳۹۹). گونه‌شناسی 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*، پایان‌نامه 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.

- 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.



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