Designing and Evaluating the Reliability and Validity of Gambling Addiction Screening Questionnaire Among Substance Use Disorders

Masoomeh Maarefvand: Department of social work, university of social welfare and rehabilitation sciences, Tehran, Iran.
Maral Mardaneh Jobehdar*: Department of neuroscience, school of advance medical technologies, Tehran university of mdical sciences, Tehran, Iran. mardaneh.m@gmail.com
Hossein Rafimanesh: Students research committee, department of epidemiology, school of public health, Shahid Beheshti university of medical sciences, Tehran, Iran.
Ayoub Mohammadi: Department of social work, university of social welfare and rehabilitation sciences, Tehran, Iran.
Zohreh Morshedi: Department of social work, university of social welfare and rehabilitation sciences, Tehran, Iran.
Milad Ajami: Department of social work, university of social welfare and rehabilitation sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Comorbidity of gambling disorder as a the first recognized nonsubstance behavioral addiction, with substance use disorder is common. The aim of this study was developing a Persian version of Gambling Addiction Screening Questionnaire to screen the Gambling addiction among substance use disorders in Tehran.

Methods: This study was a methodological investigation. The item pool was generated based on gambling addiction questionnaires and validity of the GASQ was evaluated. Clients of substance use mid-term treatment centers in Tehran participated in the study through the clustered sampling and reliability was evaluated using Cronbach's alpha and Interclass Correlation Coefficients (ICC).

Results: The S-CVI was 70% for clarity, 81% for relevancy, and 100% for comprehension. The face validity of the scale were appropriate. The scale was inter-rater reliable and the Cronbach's alpha for GASQ (last year) was 0.960 and for GASQ (for life) was 0.938. The internal consistency GASQ (last year) was 0.386 to 0.778 and for GASQ (for life) was 0.416 to 0.740.

Conclusions: GASQ is a valid and reliable scale for screening gambling addiction among substance users.

Keywords

Gambling Addiction

Questionnaire

Substance Use Disorder

Reliability

Validity

*Corresponding Author
Study Type: Original
Received: 04 Aug 2017
Accepted: 31 Jan 2018

Please cite this article as follows: Maarefvand M, Mardaneh Jobehdar M, Rafimanesh H, Mohammadi A, Morshedi Z and Ajami M. Designing and evaluating the reliability and validity of gambling addiction screening questionnaire among substance use disorders. Quarterly journal of social work. 2017; 6 (3); 41-49

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-01-30]

طراحی و اعتباریابی پرسشنامه غربالگری اعتیاد به قمار در میان مبتلایان به اختلال مصرف مواد

معصومه معارف‌وند: گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

مارال مردانه جبه‌دار*: گروه آموزشی علوم اعصاب و مطالعات اعتیاد، دانشکده فناوری‌های نوین پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران mardaneh.m@gmail.com

حسین رفیع منش: کمیته تحقیقات و فناوری دانشجویان، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

ایوب محمدی: گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

زهره مرشدی: گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

میلاد عجمی: گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

واژگان کلیدی

اعتیاد به قمار

پرسشنامه

اختلال مصرف مواد

پایایی

روایی

چکیده

مقدمه: همبودی اختلال قمار به‌عنوان اولین رفتاری که به‌عنوان اعتیاد رفتاری شناخته شده است، با اختلال مصرف مواد معمول است. هدف این مطالعه طراحی و بررسی روایی و پایایی پرسشنامه فارسی غربالگری اعتیاد به قمار در میان مبتلایان به اختلال مصرف مواد در تهران بود.

روش: این مطالعه از نوع روش شناختی بود. استخر سئوالات با استفاده از پرسشنامه‌های موجود در زمینه قمار تهیه و روایی پرسشنامه بررسی شد. به‌منظور بررسی پایایی در بعد انسجام درونی نمونه‌گیری از میان مبتلایان به اختلال مصرف مواد در شهر تهران به روش خوشه‌ای انجام شد و ضریب آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی درون گروهی(ICC) محاسبه شد.

نتایج: درجه توافق کلی(S-CVI)، شفافیت، مناسبت و جامعیت کلی پرسشنامه به ترتیب ۷۰٪، ۸۱٪ و ۱۰۰٪ به‌دست آمد. روایی صوری پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت. پایایی درونی سئوالات علایم اعتیادی قمار برای طول عمر و دوازده ماه گذشته به ترتیب برابر ۰/۹۳۸ و ۰/۹۶۰ بود و پایایی در بعد تکرارپذیری با استفاده از ضریب کاپا برای این سئوالات به ترتیب بین ۰/۳۸۶ تا ۰/۷۷۸ و ۰/۴۱۶ تا ۰/۷۴۰ به‌دست آمد.

بحث و نتیجه‌گیری: GASQ ابزاری مناسب برای غربالگری اعتیاد به قمار در میان مبتلایان به اختلال مصرف مواد است. در صورت بررسی روایی ملاکی می‌توان از این ابزار برای تشخیص در کلینیک‌ها بهره گرفت.

* نویسنده مسئول

نوع مطالعه: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۵/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۱/۱۱

نحوه استناد به مقاله: معصومه معارف وند، مارال مردانه جبه دار، حسین رفیع منش، ایوب محمدی، زهره مرشدی و میلاد عجمی. طراحی و اعتباریابی پرسشنامه غربالگری اعتیاد به قمار در میان مبتلایان به اختلال مصرف مواد. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹۶؛ ۶ (۳): ۴۹-۴۱

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-01-30]

مقدمه

قماربازی به معنای شـرط‌بندی و یا به خطر انداختن یک چیز با ارزش برای دسـتیابی یک چیز ارزشمندتر است. اکثر افرادی که این کار را برای تفریح انجام می‌دهند معمولاً مشـکلات مالی جدی ناشـی از قماربازی و یا هرگونه مشکل در کنترل رفتارشان را گزارش نمی‌کنند اما قماربازی در برخی از افراد به یک الگوی بیمارگونه تبدیل می‌شود و آن‌ها را بـا عواقب منفی مواجه می‌کنـد. این الگوی بیمارگونه تحت عناوین متفاوتی قمار مشکل‌سـاز ، اعتیاد به قمار ، قمار وسواسـی اجباری و اختلال قماربازی شـناخته می‌شـود.(۱) ویژگی اصلی این اختلال رفتار قماربازی مکرر و مستمری اسـت که اهداف شخصی، خانوادگی و یا حرفه‌ای فرد را به مخاطره می‌اندازد. بنا به تعریف کتابچه تشخیصی و آماری آمریـکا(DSM-5) برای تشـخیص اعتیاد به قمـار فرد باید مجموعه‌ای از چهار علامت و یا بیشـتر موارد زیر را در یک دوره دوازده ماهه دارا باشـد: ۱-اشـتغال ذهنی با قمار. ۲-نیاز به افزایش مبلغ شرط‌بندی برای دستیابی به هیجان مطلوب. ۳-تلاش‌هـای ناموفق مکرر برای کنترل، کاهش و یا کنار گذاشـتن قماربازی. ۴-قماربـازی برای رهایی از خلق منفی و یا فرار از مشـکلات شـخصی. ۵-انجام قمار برای جبران باخت‌ها. ۶-دروغگویی به دیگران برای مخفی کردن میزان درگیری فرد با قمار. ۷-به خطر انداختن روابط شـخصی، حرفه‌ای و فرصت‌های آموزشـی به دلیل قمار بازی. ۸-انجام اقدامات غیرقانونی برای تهیه پول قمار. ۹-اتکا به دیگران برای تهیه پول و بازپرداخت بدهی‌ها.(۲)

قمار انواع متفاوتی دارد که شامل بازی‌هایی که نتیجه آن‌ها تا حد زیادی به شانس بستگی دارد مثل بازی با دستگاه‌های الکترونیکی یا لاتاری و بازی‌هایی که نیازمند مهارت‌های لازم هسـتند مثل پوکر و بیسـت و یک و یا شرط‌بندی روی حیوانات. پژوهش نشـان دادند که میزان مشـکلات موجود در قمار در ارتباط با انواع قمار متفاوت بوده. به‌عنوان مثال مشـکلات مرتبط به قمارهایی که دور میزهای کازینو بازی می‌شـود بیشتر از سـایر قمارها است و لیکن شیوع اعتیاد به قمار در افرادی که با ماشـین‌های الکترونیکی بازی(fruit machines) می‌کنند بیشتر می‌باشد.(۳) بنابراین دانستن انواع قمار در هر کشور با توجه به فرهنگ قماربازی آن‌ها در تشخیص اعتیاد به قمار و درمان آن لازم و ضروری است.(۴)

بیـن هفتاد تا هشـتاد و پنـج درصد بزرگسـالان در آمریکا و بریتانیا گـزارش کرده‌اند که در دوازده ماه گذشـته در برخی از فعالیت‌های قمار و یا شـرط‌بندی شرکت داشـته‌اند(۵و۶) ولی شیوع این رفتار به‌صورت اختلال در نروژ۲/۰٪-۰/۱۵٪،(۷) ایالات متحـده۲/۳٪،(۸) بریتانیا۰/۹٪،(۶) کانادا۱/۴٪-۰/۴٪،(۹) چین و هنگ‌کنگ۵/۳٪،(۱۰) کشـورهای اروپایی۳٪-۰/۵٪،(۱۱) و استرالیا۲/۱٪،(۱۲) گزارش شده است. میزان شیوع اختلال قمار به مذهب و فرهنگ کشورها و قانونی یا غیرقانونی بودن قمار، اقدامات پیشگیرانه اولیه، میزان دسترسی به بازارهای قمار بستگی دارد. همچنین ابزارهای اندازه‌گیری، اندازه‌گیری شیوع در طول عمر یا دوازده ماه گذشته، نمونه مورد مطالعه و نحوه مصاحبه با نمونه (چهره به چهره یا تلفنی) در این تفاوت مؤثرند.(۱۳) آمار دقیقی از شیوع قمار در ایران در دست نیست. در ایران بر اساس قانون، شـرط‌بندی فقط روی مسـابقات اسب سواری، تیراندازی و شنا مجاز است و در سایر موارد شرط‌بندی غیرقانونی است اما این بدان معنا نیست که سایر انواع شرط‌بندی در ایران انجام نمی‌گیرد.(۴)

اختلال مربوط به قمار معمولاً در نوجوانی و اوایل جوانی آغاز می‌شـود و با اختلال در عملکرد اجتماعی، روابط بین فردی، مشـکلات سلامت جسـمی اعم از چاقی، بی‌خوابی، فشار خون بالاو اختلالات سلامت روانی همانند اختلالات ناشی از مصرف الکل، مصرف مواد غیر قانونی، وابستگی به نیکوتین، افسردگی، اختلالات اضطرابی و اختلال شخصیت ضداجتماعی، تمایل و یا اقدام به خودکشی همبودی دارد.(۱۴و۱۵)

بیـن اعتیاد به مواد و قمار مشکل‌سـاز رابطه معنادار وجود دارد و قمار مشکل‌سـاز به‌عنـوان یکی از اختلالات همراه اختلال مصرف مواد معرفی می‌شود. از این رو علاوه بر اینکه اعتیاد به قمار می‌تواند به‌عنوان یک اختلال به‌طور مستقل بهزیسـتی فـرد و خانواده‌اش را تحت تأثیر قرار دهد، می‌تواند بر فرایند درمـان مبتلایان به اختلال مصرف مواد نیز تأثیر نامطلوب بگذارد.(۱۶و۱۷) غربالگری و تشخیص اعتیاد به قمار گام اول برای تصمیم‌گیری برای اقدامات درمانی به‌شمار می‌رود. ابزارهای متعددی در کشورهای مختلف برای غربالگری و تشخیص اعتیاد به قمار طراحی شده و مورد استفاده قرار می‌گیرند اما تا کنون چنین ابزاری در ایران طراحی و اعتباریابی نشده است.

بر اسـاس پژوهش‌های موجود ناهمگونی بسـیاری در انواع قمار، نوع شـرط‌بندی‌ها و جامعه قماربازان وجود دارد،

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-01-30]

بنابراین برای غربالگری، ارزیابی و درمان مشکلات مربوط به قمار باید به فرهنگ و نوع بازی در هر کشور توجه شود و ابزار متناسب با آن کشور طراحی و اجرا گردد. تا کنون ابزاری برای سنجش اعتیاد به قمار در ایران طراحی و اعتباریابی نشده است. از این رو لازم است ابزارهایی برای غربالگری، تشخیص و تعیین شدت اعتیاد به قمار برای گروه هدف ایرانی طراحی و اعتباریابی شود. در این مقاله جزئیات بیشتر در مورد طراحی و اعتباریابی پرسشنامه غربالگری اعتیاد به قمار (GASQ) در میان مبتلایان به اختلال مصرف مواد آورده شده است.

ابزارهای تشخیصی وغربالگری

اعتیاد به قمار با روش‌ها و ابزارهای متفاوتی غربالگری و تشخیص داده می‌شود. DSM-5 برای تشخیص بالینی اختلال قمار ملاک‌های تشخیصی را معرفی نموده است که اعتیاد به قمار و شدت آن را تعیین می‌کنند.(۱) ابزارهای متعددی برای تشخیص و غربالگری و سنجش شدت اعتیاد به قمار در بزرگسالان طراحی شده‌اند. در ادامه تعدادی از این ابزارها با توضیح مختصری در مورد هر کدام آورده شده است.

۱-ابزار مختصر غربالگری قماربازی زیستی-اجتماعی(BBGS): پرسشنامه‌ای سه آیتمی است که برای غربالگری اعتیاد به قمار در جمعیت عمومی به‌کار می‌رود. این ابزار در یک نمونه ۱۱۰۲۷ نفری در کشور آمریکا اعتباریابی شده است و اعتیاد به قمار را در دوازده ماه گذشته می‌سنجد. BBGS دارای حساسیت بالا ۰/۹۶ در شناسایی قمار پاتولوژیک می‌باشد و در ارزیابی‌های بالینی نیز قابل استفاده است.(۱۸)

۲-آزمون مداخله اولیه سلامت در قماربازی(EIGHT screen): این نسخه مختصر هشت آیتمی غربالگری اعتیاد به قمار برای استفاده توسط پزشک خانواده می‌باشد. این ابزار در یک نمونه ۱۳۹۶ نفری در کشور نیوزلند اعتباریابی شده و اعتیاد به قمار در طول عمر را می‌سنجد. علاوه بر این همبستگی قابل قبولی میان این ابزار وSOGH،(r=٪۷۴-۹۰) و NODS دوازده ماهه نیز (r=٪۶۳/۴) گزارش شده است. پایایی درونی EIGHT screen بررسی شده است (۰/۹۵) و ابزار مناسبی برای استفاده افراد آموزش دیده در مراکز بالینی به‌شمار می‌رود.(۱۹)

۳-پرسشنامه شرط بندی-دروغ : این ابزار غربالگری دو آیتمی است و برای تشخیص اختلال به قمار پاتولوژیک استفاده می‌شود. پرسشنامه شرط‌بندی-دروغ در یک نمونه ۳۶۲ نفره در آمریکا اعتباریابی شده است و اعتیاد به قمار را در دوازده ماه گذشته و طول عمر شخص می‌سنجد.(۲۰)

٤-مرکز تحقیقات نظرات ملی برای مشکلات قمار(NODS): ابزاری برای غربالگری تلفنی در جامعه عمومی بر اساس DSM-IV می‌باشد که هفده سئوال آن اعتیاد به قمار را در دوازده ماه گذشته و هفده سئوال دیگر اعتیاد به قمار را در طول می‌سنجد. این ابزار در یک نمونه ۲۴۱۷ نفره در آمریکا اعتباریابی شده است. نتایج این پژوهش نشان دادند که: ۱-نمره کل NODS ارتباط متوسطی با رفتارهای قمار و پیامدهای آن به‌عنوان پیش‌بینی کننده دارد. ۲-نمره کل NODS با نمره کل SOGS همبستگی بالایی دارد، در حالی که طبقه‌بندی NODS و SOGS در قماربازان بدون مشکل، قماربازان مشکل‌دار و پاتولوژیک همبستگی ضعیفی را نشان دادند. ۳-NODS می‌تواند به‌عنوان یک معیار برای اندازه‌گیری پیامدهای مشکلات قمار استفاده گردد.(۲۱)

۵-فرم کوتاه شده مرکز تحقیقات نظرات ملی برای مشکلات قمار (NODS.CLiP): این پرسشنامه سه سئوالی به‌منظور تهیه ابزار مصاحبه تشخیصی برای شناخت قمار بیمارگونه و مشکل‌ساز در یک مطالعه اپیدمیولوژیک تهیه شد و اعتیاد به قمار را در طول عمر می‌سنجد. NODS.CLiP در نمونه ۱۸۶۷ نفری در آمریکا اعتباریابی شده است و در مقایسه با ابزار اصلی دارای حساسیت بالا (۹۹/۳٪) در تشخیص قمار پاتولوژیک است ولی استفاده از آن در مطالعات اپیدمیولوژیک، به‌دلیل نشان دادن قمار پاتولوژیک ب‌صورت مثبت کاذب مناسب نیست و به‌عنوان ابزار مناسبی جهت استفاده در محیط بالینی به‌کار می‌رود.(۲۲)

٦-غربالگری قماربازی اوکس جنوبی (SOGS): ابزار بیست سئوالی غربالگری اعتیاد به قمار برای مراجعین به کلینیک‌ها است و در یک نمونه ۱۰۴۶ نفری در آمریکا اعتباریابی شده است. SOGS اعتیاد به قمار را در دوازده ماه گذشته و طول عمر می‌سنجد و به‌ترتیب ضریب آلفای۶۹٪و۸۶٪ در جمعیت عمومی و نمونه‌های کلینیکی برای آن گزارش شده است. این ابزار همچنین روایی قابل قبولی

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-01-30]

را با با معیارهای تشخیصی DSM- IV نشان داده است. علیرغم اینکه SOGS دقت طبقه‌بندی خوبی را در نمونه‌های کلینیکی قمار نشان داده است، ولی دقت آن در غربالگری در جمعیت عمومی ضعیف ارزیابی شده است. این ابزار در مقایسه با معیارهای تشخیصی DSM-IV تعداد قماربازان پاتولوژیک را در جمعیت عمومی بیشتر از حد واقعی آن برآورد می کند.(۲۳)

۷-پرسشنامه غربالگری قمار ویکتورین: ابزار بیست و یک سئوالی است که برای استفاده در مطالعه جمعیت عمومی به‌منظور ارزیابی قمار مشکل‌ساز و شناسایی افرادی که نیاز به درمان و کمک در مرکز درمانی دارند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. VGS در یک نمونه ۳۳۲ نفری در استرالیا اعتباریابی شد و اعتیاد به قمار را در دوازده ماه گذشته می‌سنجد. در این مطالعه پایایی درونی ابزار VGS ۰/۸۵ گزارش شد. این مقیاس در مقایسه با SOGS همبستگی متوسطی را نشان داده است.(۲۴)

ابزارهای تشخیصی

۱-ابزار بیست سئوالی قمار بازان گمنام(GA20): این ابزار بیست آیتم دارد و به افراد کمک می‌کند تا متوجه شوند که مبتلا به قمار وسواسی هستند. GA20 تا کنون اعتباریابی نشده است و اعتیاد به قمار را در طول عمر می‌سنجد.(۲۵)

۲-شاخص شدت قمار مشکل‌ساز(PGSI): ابزار نه سئوالی است که برای اندازه‌گیری شیوع قمار مشکل‌ساز در جامعه و شناخت انواع قمار مشکل‌ساز در جمعیت عمومی ساخته شده است. این ابزار در نمونه ۳۱۲۰ نفری در کانادا اعتباریابی شده است و قمار مشکل‌ساز را در دوازده ماه گذشته می‌سنجد. نتایج این مطالعه ضریب آلفای کل نمونه را بین۰/۵۳و ۰/۷۰گزارش کرده‌اند. این ابزار برای تعیین شدت مشکل قمار و همچنین غربالگری در جمعیت عمومی و غیربالینی مناسب است.(۲۶)

۳-غربالگری قماربازی دانشگاه لاوال سیدنی(SLUGS): این ابزار تشخیصی هفت سئوالی، برای تعیین قماربازانی که عدم کنترل را گزارش می‌کنند، تعیین کسانی که نیاز به مداخله دارند و تعیین کسانی که مایل به درمان هستند، به‌کار می‌رود. SLUGS اعتباریابی نشده است و اعتیاد به قمار را در دوازده ماه گذشته می‌سنجد.(۲۷)

روش

این مطالعه از نوع ابزارسازی و مطالعه مقطعی (توصیفی-تحلیلی) بود و در دو مرحله انجام گرفت: تهیه پرسشنامه و ابزار سازی. انجام پایایی و ارایه پرسشنامه نهایی.

ابتدا به منظور تهیه یک پرسشنامه بومی مربوط به اعتیاد به قمار در ایران، تمام پرسشنامه‌های موجود مربوط به قمار ترجمه شدند. پس از حذف سئوالات تکراری، استخری از سئوالات(Pool) آماده شد. برای بررسی روایی صوری (Face Validity) نظرات ده نفر از متخصصین محتوا و ده نفر از جمعیت هدف (افرادی که قمار داشته‌اند) دریافت گردید و در مواردی که سئوالات از نظر آن‌ها اشکال داشت، برای رفع اشکالات مطرح شده اقدام گردید. برای بررسی روایی محتوا(Content Validity) از نظرات سه گروه از افراد شامل ده نفر متخصصین محتوا که در ارتباط با محتوای پرسشنامه و اختلال مصرف مواد صاحب نظر بودند، نه نفر از افراد آگاه(Lay Expert) و یک نفر متدولوژیست که در زمینه برآورد روایی پایایی پرسشنامه و اجرای آن صاحب نظر بود، بهره گرفته شد و روایی محتوا در قالب شاخص CVI مورد سنجش قرار گرفت.

برای طراحی پرسشنامه جامعه ایرانی و برای مطالعه مقطعی، جامعه هدف این مطالعه مبتلایان به اختلال مصرف مواد در شهر تهران بودند. جامعه‌آماری مطالعه را مبتلایان به اختلال مصرف مواد مراجعه کننده به مراکز درمان اقامتی میان مدت در شهر تهران تشکیل می‌دادند. نمونه‌گیری به روش چندمرحله‌ای انجام گرفت. افرادی که در سنین بالای هجده سال بودند و برای شرکت در پژوهش رضایت آگاهانه خود را اعلام کردند، می‌توانستند در مطالعه شرکت کنند. به این ترتیب از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش رضایت آگاهانه اخذ شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که کلیه مطالب مطرح شده از سوی آنان محرمانه خواهد ماند. شرکت در این مطالعه اختیاری بود و شرکت‌کنندگان می‌توانستند در هر مرحله‌ای از ادامه همکاری انصراف دهند.

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-01-30]

بـرای انجام مطالعه پایایی و برآورد شـیوع قمار در جمعیت مبتلایان به اختلال مصرف مواد در تهران ابتدا لیست تمام مراکز درمان اقامتی میـان مدت درمان اعتیـاد در مناطق بیسـت و دوگانه تهران تهیه شد. این مراکز براساس تقسیم‌بندی سازمان بهزیستی استان تهران به مراکز شـمال، مرکز و جنوب تهران (بـر اسـاس مراکز تحت پوشـش سـازمان بهزیسـتی شـمیرانات، تهـران و شـهرری) تقسیم شـده‌اند. برای نمونه‌گیری ابتدا مراکز به‌صورت تصادفی ساده از بین مراکز موجود برای هـر منطقه جغرافیایی فرضی (شـمال تهران، مرکز و جنوب) انتخاب شدند. حجم نمونه از هر منطقه جغرافیایی به نسبت تعداد مراکز موجود بـرای هر منطقه تعیین گردید و پـس از انتخاب هر مرکز به‌عنوان خوشـه نمونه‌گیری، تمام افراد حاضر در آن خوشـه در زمـان نمونه‌گیـری در صورت داشـتن معیارهای ورود و رضایت برای شـرکت در مطالعه، وارد مطالعه شـدند. انتخاب خوشه بعدی تا زمان تکمیل حجم نمونه تعیین شده برای آن منطقه ادامه یافت.

پایایی دربعدانسجام‌درونی(InternalConsistency) پرسشـنامه بـا اسـتفاده از ضریـب آلفای کرونباخ مورد بررسـی قرار گرفت. با توجه به این نکته که پایایی شرط لازم برای روایی اسـت، اعتماد یـا پایایی ابزار با اسـتفاده از روش بازآزمایـی (آزمون-بازآزمون) با فاصله دو تا سـه هفته مورد سنجش قرار گرفت. افرادی وارد مطالعه پایایی (بازآزمون) شدند که در مرحلـه اول به سـئوال غربالگری مربوط به داشـتن قمار در طول عمر یا دوازده ماه گذشته پاسخ مثبت داده بودند. برای ارزیابی پایایی پرسشنامه از محاسبه ضریب همبستگی درون گروهی(ICC) استفاده شد.

دو شاخص مناسبت و شفافیت در دو سطح (یکی در سطح تکِ تک آیتم‌ها و دیگری در سطح کل ابزار) محاسبه شدند. درحالی که شاخص جامعیت ابزار را در سطح کل ابزار محاسبه کردیم. جهت محاسبه شاخص مناسبت یا شفافیت هر کدام از سوالات(Item Content Validity Index:I-CVI) مجموع تعداد متخصصینی که مناسـبت یا شفافیت هر سوال را مناسب و یا کاملا مناسب تشخیص داده بودند بر تعداد کل متخصصین تقسیم شد. مناسبت و شـفافیت کلی ابزار(Scale Content Validity Index:S-CVI) با اسـتفاده از رویکرد توافق کلی و رویکرد میانگین مناسبت و شفافیت کلی پرسشنامه، مورد مطالعه قرار گرفت. جامعیت ابزار(Comprehensiveness) از تقسـیم تعداد متخصصینی که جامعیت ابزار را کاملاً مطلوب یا مطلوب تشخیص داده‌اند بر تعداد کل متخصصین به‌دست آمد.

ابـزار جمع‌آوری داده در این مطالعه به سـه قسـمت کلی تقسـیم می‌شد: قسمت اول سـئوالات مربوط به اطلاعات پایه و دموگرافیک غربالگـری کلی تجربه قمار، نوع و مدت زمان قمار بود. دو قسـمت اصلی دیگر، مربوط به سـئوالات سنجش شدت قمار بودند، که یک قسـمت از سئوالات به سـوالات طول عمر و قسمت دیگر سوالات، مختص دوازده ماهه گذشـته فرد بود. توضیحات بیشتر در مورد این پرسشنامه‌ها در ادامه آمده است.

جمع‌آوری داده توسـط پرسشگر آموزش دیده در رابطه با پرسشنامه و موضـوع مطالعه انجام گرفت. تمام پرسشـنامه‌ها به‌صورت مصاحبه فردی رودررو در یک محیط کاملاً خصوصی انجام شدند.

یافته‌ها

نتایج روایی: شـفافیت و مناسـبت تک تک سـوالات (Item Content Validity Index:I-CVI) در بررسـی روایی محتوا به‌ترتیب بین هشـتاد و هفت الی صددرصد ونود و سـه الـی صددرصد بود. در رویکرد درجـه توافق کلی(S-CVI)، شـفافیت، مناسـبت و جامعیت کلی پرسشـنامه به‌ترتیب هفتاد، هشـتاد و یک و صد درصد به‌دست آمد و همچنین در رویکرد میانگین شفافیت، مناسبت و جامعیت پرسشنامه فارسی نهایی به‌ترتیب نود و نه، صد و صد درصد به‌دست آمد.

نتایج آزمون بازآزمون: بازآزمون برای صد نفر از بین افرادی که سابقه قمار در طول عمر داشتند، انجام شد که از بین این افراد، نود و دو درصد سـابقه قمار در طول دوازده ماه گذشـته را داشتند. میانگین اولین سن شروع قمار و میانگین مدت قمار به ترتیب برابر ۱۷/۲سـال(SD=۶/۰) و۸/۴سـال(SD=۷/۰) به‌دسـت آمد. میانگین سـنی افراد در بازآزمون برابر ۳۲/۰سال(SD=۹/۱) بود.(جدول شماره یک.)

پایایـی در بازآزمـون (توافق کاپـا) در گزارش قمار در طول دوازده ماه گذشـته برابر۰/۶۳۴ بود و شـش مورد عدم توافق وجود داشـت. در کل ده مورد عدم توافق در گزارش در سـابقه داشـتن قمار در طول عمر یا دوازده ماه گذشته

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-01-30]

جدول(۲) درصد فراوانی انواع روش های قمار در افرادی که سابقه قمار را در یکسال گذشته را داشتند، به تفکیک تواتر زمانی انجام قمار

روش‌های قمار (شرط‌بندی)	هرگز انجام نداده‌ام	کمتر از یکبار در هفته (دوهفته یکبار، ماهانه و...)	به‌طور متوسط یکبار یا بیشتر در هفته	ضریب همبستگی درون گروهی (فاصله اطمینان ۹۵٪)
شرط‌بندی سر پول یا چیز ارزشمند دیگر در بازی با ورق (مانند پوکر، ۲۱ و...)	۲۳ (۲۴/۵)	۴۵ (۴۷/۹)	۲۶ (۲۷/۷)	۰/۶۶۸ (۰/۵۰۰ – ۰/۷۷۹)
شرط‌بندی سر پول یا چیز ارزشمند دیگر روی اسب، خروس، کبوتر، سگ و یا سایر حیوانات	۵۸ (۶۱/۷)	۲۳ (۲۴/۵)	۱۳ (۱۳/۸)	۰/۷۸۳ (۰/۶۷۴ – ۰/۸۵۶)
شرط‌بندی سر پول یا چیز ارزشمند دیگر روی تیم های ورزشی یا بازیکنان تیم های ورزشی	۴۸ (۵۱/۱)	۳۰ (۳۱/۹)	۱۶ (۱۷/۰)	۰/۷۶۱ (۰/۶۴۰ – ۰/۸۴۱)
شرط‌بندی سر پول یا چیز ارزشمند دیگر در انواع بازی هایی که در آن‌ها تاس بکار می‌رود (مانند تخته نَرد، کراپزو ...)	۴۴ (۴۶/۸)	۲۸ (۲۹/۸)	۲۲ (۲۳/۴)	۰/۷۵۷ (۰/۶۳۴ – ۰/۸۳۹)
شرط‌بندی سر پول یا چیز ارزشمند دیگر در قاپ بازی	۶۱ (۶۴/۹)	۲۳ (۲۴/۵)	۱۰ (۱۰/۶)	۰/۷۰۵ (۰/۵۶۲ – ۰/۸۰۷)
شرکت در قرعه کشی‌ها و بخت آزمایی‌ها	۷۰ (۷۴/۵)	۱۷ (۱۸/۱)	۷ (۷/۴)	۰/۷۹۶ (۰/۶۹۴ – ۰/۸۶۵)
بازی بینگو برای پول یا چیز ارزشمند دیگر	۸۴ (۸۹/۴)	۶ (۶/۴)	۴ (۴/۳)	۰/۵۴۹ (۰/۳۲۱ – ۰/۷۰۰)
انجام بازی‌هایی مثل گلف، بولینگ و مانند آن‌ها برای پول یا چیز ارزشمند دیگر	۷۵ (۷۹/۸)	۱۰ (۱۰/۶)	۹ (۹/۶)	۰/۷۸۶ (۰/۶۷۸ – ۰/۸۵۸)
خرید و فروش سهام در بازار بورس	۸۷ (۹۳/۵)	۴ (۴/۳)	۲ (۲/۲)	۰/۷۵۴ (۰/۶۲۷ – ۰/۸۳۸)
سایر روش‌هایی که در این لیست به آن‌ها اشاره نشده است	۶۵ (۶۵/۰)	۲۵ (۲۵/۰)	۱۰ (۱۰/۰)	۰/۸۵۰ (۰/۷۷۷ – ۰/۸۹۹)

جدول(۱) ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه

متغیرها		تعداد (٪)
تعداد سال‌های تحصیل	۵ سال یا کمتر	۹ (۹/۹)
	۹-۶ سال	۲۵ (۲۷/۵)
	۱۲-۱۰	۴۳ (۴۷/۳)
	۱۳ سال یا بیشتر	۱۴ (۱۵/۴)
وضعیت ازدواج	ازدواج دائم	۱۷ (۱۸/۱)
	ازدواج موقت	۷ (۷/۴)
	مجرد	۴۸ (۵۱/۱)
	متارکه یا مطلقه	۱۷ (۱۸/۱)
	سایر	۵ (۵/۳)
شغل	تمام وقت	۲۶ (۲۸/۶)
	بیکار	۲۲ (۲۴/۲)
	دانشجو	۶ (۶/۶)
	پاره وقت یا درآمد نامنظم	۳۷ (۴۰/۷)

جدول(۳) درصد فراوانی و ضریب توافق کاپا برای پایایی بین دوباز آزمون، علایم اعتیادی قمار در صد نفر از افرادی که سابقه قمار را در یک سال گذشته را داشتند، به تفکیک طول عمر و دوازده ماه گذشته

ردیف	عبارت‌ها: آیا تا کنون (یا دوازده ماه گذشته)...	طول عمر		دوازده ماه گذشته	
		تعداد مثبت(٪)	کاپا	تعداد مثبت(٪)	کاپا
۱	...بیش از آنچه واقعاً می‌خواستید در صورت باختن در قمار پرداخت کنید، شرط‌بندی کرده‌اید؟	۵۰ (۵۰/۰)	۰/۴۷۵	۲۷ (۲۷/۰)	۰/۵۶۴
۲	...احساس کرده‌اید نیاز دارید مبالغ بالاتری قمار کنید تا بتوانید به رضایت بیشتری دست پیدا کنید؟	۵۸ (۵۸/۰)	۰/۶۳۵	۳۱ (۳۱/۳)	۰/۶۱۸
۳	...برای اینکه بتوانید قمار کنید، پول قرض گرفته‌اید یا چیزی را فروخته‌اید؟	۳۹ (۳۹/۰)	۰/۵۳۹	۲۵ (۲۵/۰)	۰/۵۱۴
۴	...قمار موجب شده است که به‌سلامت شما لطمه وارد شود؟ این لطمه می تواند شامل استرس و اضطراب هم باشد.	۴۹ (۴۹/۵)	۰/۶۳۳	۳۰ (۳۰/۶)	۰/۶۲۲
۵	...دیگران شما را به خاطر شرط‌بندی سرزنش کرده‌اند یا به شما گفته‌اند که مشکل قماربازی دارید (صرف‌نظر از اینکه شما فکر می‌کنید آن‌ها درست می‌گویند یا خیر)؟	۴۰ (۴۰/۰)	۰/۵۱۵	۲۵ (۲۵/۰)	۰/۶۰۱
۶	...قماربازی شما برای خودتان یا خانواده‌تان مشکلات مالی ایجاد کرده است؟	۲۶ (۲۶/۰)	۰/۶۷۲	۱۶ (۱۶/۰)	۰/۴۷۹
۷	...در مورد مقدار پولی که برای شرط‌بندی صرف می‌کنید، نحوه قمار کردن یا آنچه هنگام قمار کردن روی می‌دهد، احساس گناه کرده‌اید؟	۳۵ (۳۵/۰)	۰/۴۲۹	۳۱ (۳۱/۰)	۰/۵۶۸
۸	...احساس کرده‌اید که می‌خواهید شرط‌بندی را متوقف کنید اما فکر کرده‌اید که قادر نیستید؟	۴۶ (۴۶/۵)	۰/۵۲۸	۲۲ (۲۲/۰)	۰/۵۲۴
۹	...سعی کرده‌اید علائمی که نشان می‌دهند شما شرط‌بندی یا قمار می‌کنید، از والدین، همسر، فرزندان یا سایر افراد مهم در زندگیتان پنهان کنید؟	۳۸ (۳۸/۰)	۰/۵۷۶	۲۹ (۲۹/۰)	۰/۵۷۴
۱۰	...به خاطر شرط‌بندی یا قماربازی دیر به محل کارتان (یا تحصیل) رسیده‌اید؟	۲۲ (۲۲/۰)	۰/۵۶۸	۲۰ (۲۰/۰)	۰/۶۹۹
۱۱	...به خاطر شرط‌بندی یا قماربازی از محل کار یا تحصیلتان غیبت کرده‌اید؟	۳۰ (۳۰/۰)	۰/۷۶۱	۱۹ (۱۰/۰)	۰/۷۴۰
۱۲	...به خاطر شرط‌بندی یا قماربازی از محل کار یا تحصیلتان اخراج یا تهدید به اخراج شده‌اید؟	۱۷ (۱۷/۲)	۰/۵۸۹	۱۵ (۱۵/۰)	۰/۵۷۱
۱۳	...پیش آمده است که وقتی شرط‌بندی کرده‌اید به دیگران به دروغ بگویید برنده شدید، در حالی که در واقع برنده نشده‌اید؟	۴۴ (۴۴/۰)	۰/۵۸۶	۲۳ (۲۳/۰)	۰/۵۷۴
۱۴	...پیش آمده است که بیشتر از آن زمانی که در نظر داشتید، مشغول قمار شده‌باشید؟	۵۳ (۵۳/۵)	۰/۷۷۸	۲۹ (۲۹/۰)	۰/۶۲۷
۱۵	...برای اینکه بدهی های مربوط به قمارهای قبلی را بپردازید، یا مشکلات مالی ناشی از قمار را حل کنید، قمار کرده اید؟	۳۴ (۳۴/۰)	۰/۵۱۷	۲۱ (۲۱/۲)	۰/۵۶۲
۱۶	...بعد از باختن در قمار به این فکر کرده‌اید که باید هر چه سریعتر برای جبران آنچه از دست دادید، دوباره قمار کنید؟	۵۱ (۵۱/۰)	۰/۴۴۰	۳۷ (۳۷/۰)	۰/۶۶۹
۱۷	...تا زمانی قمار کردن را ادامه داده‌اید که حتی آخرین ریالی که در اختیار داشتید را هم ببازید؟	۴۷ (۴۷/۰)	۰/۶۵۹	۳۰ (۳۰/۰)	۰/۶۶۷
۱۸	...برای اینکه بتوانید پول لازم برای قمار کردن را به‌دست آورید، کار غیر قانونی (مانند کشیدن چک بلامحل، سرقت و ...) انجام داده‌اید؟	۲۴ (۲۴/۰)	۰/۵۳۵	۲۰ (۲۰/۰)	۰/۷۱۷
۱۹	...به‌دلیل قمار یا شرط‌بندی و مشکلات ناشی از آن‌ها از شما شکایت شده است؟	۱۴ (۱۴/۱)	۰/۴۵۷	۱۲ (۱۲/۰)	۰/۴۱۶
۲۰	...به‌علت قمار یا شرط‌بندی و مشکلات ناشی از آن‌ها دستگیر شده‌اید؟	۱۳ (۱۳/۰)	۰/۴۳۲	۱۱ (۱۱/۰)	۰/۵۹۴
۲۱	...اعضای خانواده، دوستان یا افراد مهم دیگر در زندگیتان به‌خاطر اینکه قمار می‌کنید، روابطشان را با شما کم کرده‌اند؟	۲۲ (۲۲/۰)	۰/۵۳۴	۱۴ (۱۴/۰)	۰/۴۷۶
۲۲	...اعضای خانواده، دوستان یا افراد مهم دیگر در زندگیتان به‌خاطر اینکه قمار می‌کنید، شما را ترک کرده‌اند؟	۱۱ (۱۱/۲)	۰/۳۸۶	۱۵ (۱۵/۳)	۰/۴۳۵
۲۳	...وقتی قمار کردن را کاهش دادید، احساس ناراحتی کردید و بدخلق شدید؟	۳۳ (۳۳/۰)	۰/۴۷۸	۲۲ (۲۲/۰)	۰/۵۲۸
۲۴	...وقتی قمار کردن را متوقف کردید، احساس ناراحتی کردید و بدخلق شدید؟	۳۷ (۳۷/۰)	۰/۴۷۳	۲۵ (۲۵/۰)	۰/۵۵۳
۲۵	...وقت زیادی را صرف برنامه‌ریزی برای قمار بعدی کردید؟	۳۲ (۳۲/۰)	۰/۵۳۷	۲۵ (۲۵/۰)	۰/۶۲۷
۲۶	...برای رفع مشکلات مالی ناشی از قمار به کمک سایرین نیاز داشته‌اید؟	۳۳ (۳۳/۰)	۰/۵۵۳	۲۲ (۲۲/۰)	۰/۵۵۶
۲۷	آیا در دوازده ماه گذشته سعی کرده‌اید علائمی که نشان می‌دهند شما شرط‌بندی یا قمار می‌کنید، از والدین، همسر، فرزندان یا سایر افراد مهم در زندگیتان پنهان کنید؟	–	–	۱۹ (۱۹/۰)	۰/۶۰۹

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-01-30]

وجود داشت. پایایی درونی برای سئوالات روش‌های قمار برابر ۰/۷۵۱ بود. پایایی در بعد تکرارپذیری برای این سئوالات بین ۰/۵۴۹ تا ۰/۸۵۰ بود. (جدول شماره دو.)

پایایی درونی سئوالات علایم اعتیادی قمار برای طول عمر و دوازده ماه گذشته به‌ترتیب برابر ۰/۹۳۸ و ۰/۹۶۰ بود و پایایی در بعد تکرارپذیری با استفاده از ضریب کاپا برای این سئوالات به‌ترتیب بین ۰/۳۸۶ تا ۰/۷۷۸ و ۰/۴۱۶ تا ۰/۷۴۰ به‌دست آمد. پایایی یا توافق بین دو بازآزمون برای بیشتر سئوالات متوسط (بین ۰/۶-۰/۴) و توافق خوب (۰/۸-۰/۶) بود.(جدول شماره سه.)

میانگین تعداد علایم مثبت برای پرسشنامه طول عمر برابر ۸/۷(SD=۷/۴) و این مقدار برای بازآزمون برابر ۸/۶(SD=۷/۵) بود. پایایی برای تعداد کل علایم مثبت در پرسشنامه علایم اعتیاد به قمار در طول عمر برابر ۰/۸۸۲ (۰/۹۲۱-۰/۸۲۵=۹۵٪ CI) بود. میانگین تعداد علایم مثبت برای دوازده ماه گذشته برابر ۵/۸(SD=۷/۸) و این مقدار برای بازآزمون برابر ۵/۸(SD=۷/۵) بود. پایایی برای تعداد کل علایم مثبت در پرسشنامه علایم اعتیاد به قمار دوازده ماه گذشته برابر ۰/۸۷۸(۰/۹۱۸-۰/۸۱۹=۹۵٪CI) بود.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش به‌منظور طراحی و اعتباریابی پرسشنامه غربالگری اعتیاد به قمار در میان مبتلایان به اختلال مصرف مواد انجام گرفت و در آن برای اولین بار پرسشنامه‌ای به این منظور برای گروه هدف فارسی زبان طراحی شد. بررسی‌های متعدد بر همبودی اختلال مصرف مواد و اعتیاد به قمار تأکید دارند. از این رو تشخیص اعتیاد به قمار در میان مراجعه کنندگان به مراکز درمان اختلال مصرف مواد می‌تواند به تیم درمان برای طراحی مداخله همه جانبه کمک کند. پرسشنامه طراحی شده در این مطالعه از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است و می‌تواند اعتیاد به قمار را در میان مبتلایان به اختلال مصرف مواد در طول عمر و دوازده ماه گذشته مورد سنجش قرار دهد.

GASQ از نوع پرسشنامه‌های غربالگری(فرم بلند) است که اعتیاد به قمار در طول عمر و یک‌سال گذشته را مورد بررسی قرار می‌دهد. از جمله مهمترین پرسشنامه‌های مشابه می‌توان به NODS، پرسشنامه غربالگری قماربازی اوکس جنوبی(SOGS) و پرسشنامه غربالگری قمار ویکتورین اشاره کرد. پرسشنامه‌های اشاره شده نیز، قمار در طول عمر و یا یک‌سال گذشته را مورد توجه قرار می‌دهند. اگرچه در بررسی روایی GASQ به تطبیق ملاک‌های مورد نظر برای اعتیاد به قمار در DSM-5 توجه شد، به‌منظور استفاده از GASQ به‌عنوان یک ابزار تشخیصی ضرورت دارد روایی ملاکی نیز مورد بررسی قرار گیرد. نمونه‌گیری در این مطالعه در تهران و تنها در میان افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد انجام گرفت از این رو تعمیم یافته‌های این پژوهش به سایر گروه‌ها و در سایر شهرها باید با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی به بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه در جمعیت عمومی بپردازند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از سازمان بهزیستی استان تهران و کلیه مراکز درمان اقامتی میان مدت که در اجرای این پژوهش همکاری کردند، و همچنین از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت کردند، قدردانی می‌نمایند.

منابع

References:

1. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition 2013 [Available from: http://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm.
2. Sadock BJ, Sadock, V. A., & Ruiz, P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/ clinical psychiatry (Eleventh edition.). edition E, editor. Philadelphia: Wolters Kluwer.2015.
3. Abbott M, Volberg R, Bellringer M, Reith G. A review of research on aspects of problem gambling. London: Responsibility in Gambling Trust. 2004.
4. Maarefvand M, Mardaneh Jobehdar M, Zamani Z, Morshedi Z. Different Forms of Gambling and its Impacts; a Qualitative Research. Quarterly Journal of Social Work. 2016;5(3):41-50.
5. Volberg RA, Nysse-Carris KL, Gerstein DR. 2006 California problem gambling prevalence survey.

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-01-30]

National Opinion Research Center (NORC), 2006.
6. Wardle H MA, Spence S, Orford J, Volberg R, Jotangia D, et al. British Gambling Prevalence Survey 2010. 2010 [cited 2017. Available from: http://www.gamblingcommission.gov.uk/research__consultations/research/bgps/bgps_2010.aspx2011.
7. Götestam KG, Johansson A. Characteristics of gambling and problematic gambling in the Norwegian context: A DSM-IV-based telephone interview study. Addictive behaviors. 2003;28(1):189-97.
8. Shaffer HJ, Hall MN, Vander Bilt J. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: a research synthesis. American journal of public health. 1999;89(9):1369-76.
9. Research I-RPAaG. British Columbia problem gambling prevalence study: Final report. British Columbia: Ministry of Public Safety and Solicitor General: 2008.
10. Ho K, Chung K, Lo M, Wong S. The study on Hong Kong people's participation in gambling activities. The Secretary for Home Affairs Incorporated; 2012.
11. Beco E. Prevalence surveys of problem and pathological gambling in Europe: The cases of Germany, Holland and Spain. Journal of Gambling Studies. 1996;12(2):179-92.
12. Gainsbury SM, Russell A, Hing N, Wood R, Lubman DI, Blaszczynski A. The prevalence and determinants of problem gambling in Australia: assessing the impact of interactive gambling and new technologies. Psychology of Addictive Behaviors. 2014;28(3):769.
13. Abbott MW, Williams, M. & Volberg, R.A. Seven Years on: A Follow-Up Study of Frequent and Problem Gamblers Living in the Community. Report Number Two of the New Zealand Gaming Survey Wellington: Department of Internal Affairs. 1999.
14. Bondolfi G, Osiek C, Ferrero F. Prevalence estimates of pathological gambling in Switzerland. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2000;101(6):473-5.
15. Lorains FK, Cowlishaw S, Thomas SA. Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys. Addiction. 2011;106(3):490-8.
16. Afifi TO, Nicholson R, Martins SS, Sareen J. A longitudinal study of the temporal relation between problem gambling and mental and substance use disorders among young adults. The Canadian Journal of Psychiatry. 2016;61(2):102-11.
17. Rash CJ, Weinstock J, Van Patten R. A review of gambling disorder and substance use disorders. Substance abuse and rehabilitation. 2016;7:3.
18. Gebauer L, LaBrie R, Shaffer HJ. Optimizing DSM-IV-TR classification accuracy: A brief biosocial screen for detecting current gambling disorders among gamblers in the general household population. The Canadian Journal of Psychiatry. 2010;55(2):82-90.
19. Sullivan S. Don't let an opportunity go by: Validation of the EIGHT Gambling Screen. International Journal of Mental Health and Addiction. 2007;5(4):381-9.
20. Johnson EE, Hamer R, Nora RM, Tan B, Eisenstein N, Engelhart C. The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. Psychological reports. 1997;80(1):83-8.
21. Hodgins DC. Using the NORC DSM Screen for gambling problems (NODS) as an outcome measure for pathological gambling: Reliability and validity. Gambling Research: Journal of the National Association for Gambling Studies (Australia). 2002;14(1):5.
22. Toce-Gerstein M, Gerstein DR, Volberg RA. The NODS–CLiP: A rapid screen for adult pathological and problem gambling. Journal of Gambling Studies. 2009;25(4):541.
23. Stinchfield R. Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). Addictive behaviors. 2002;27(1):1-19.
24. Tolchard B, Battersby M. The Victorian Gambling Screen: Reliability and validation in a clinical population. Journal of Gambling Studies. 2010;26(4):623-38.
25. Toneatto T. Reliability and validity of the gamblers anonymous twenty questions. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2008;30(1):71-8.
26. Holtgraves T. Evaluating the problem gambling severity index. Journal of gambling studies. 2009;25(1):105.
27. Blaszczynski A, Ladouceur R, Moodie C. The Sydney Laval universities gambling screen: Preliminary data. Addiction Research & Theory. 2008;16(4):401-11.

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-01-30]