

BATERIA METOD SŁUŻĄCYCH DO OCENY RYZYKA ZABURZEŃ ZWIĄZANYCH Z HAZARDEM

Iwona Niewiadomska

Weronika Augustynowicz

Agnieszka Palacz-Chrisidis

Rafał P. Bartczuk

Michał Wiechetek

Joanna Chwaszcz



LUBLIN 2014

BATERIA METOD
SŁUŻĄCYCH DO OCENY
RYZYKA ZABURZEŃ
ZWIĄZANYCH Z HAZARDEM

BATERIA METOD SŁUŻĄCYCH DO OCENY RYZYKA ZABURZEŃ ZWIĄZANYCH Z HAZARDEM

Iwona Niewiadomska

Weronika Augustynowicz

Agnieszka Palacz-Chrisidis

Rafał P. Bartczuk

Michał Wiechetek

Joanna Chwaszcz



LUBLIN 2014

Recenzent:

dr hab. Elżbieta Rydz

Skład, projekt okładki i stron tytułowych:

Paweł Augustynowicz



**Krajowe Biuro do Spraw
Przeciwdziałania Narkomanii**

Zadanie jest współfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów
Hazardowych będących w dyspozycji Ministra Zdrowia

© Instytut Psychoprofilaktyki i Psychoterapii, Stowarzyszenie NATANAELUM, Lublin 2014

ISBN: 978-83-940389-2-2

Wydawca:

Instytut Psychoprofilaktyki i Psychoterapii, Stowarzyszenie NATANAELUM

Al... Gen. Wł. Sikorskiego 1/101

20-814 LUBLIN

ISBN 978-83-940389-2-2



9 788394 038922 >

SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE	7
Problem hazardu w Polsce	7
Opis realizowanego projektu	8
Procedura prowadzenia badań	10
Bibliografia	12
KRÓTKIE BIOSPOŁECZNE NARZĘDZIE PRZESIEWOWE DO HAZARDU – BBGS.....	13
Podstawowe założenia i zastosowanie BBGS.....	13
Właściwości psychometryczne polskiej wersji BBGS.....	15
Czułość	15
Trafność.....	16
Sposób prowadzenia badania i interpretacji BBGS.....	16
Opis skali.....	16
Sposób badania.....	16
Obliczanie i interpretacja wyników	17
Bibliografia	17
ZAŁĄCZNIK: Arkusz BBGS	19
KWESTIONARIUSZ MOTYWÓW HAZARDOWYCH - GMQ.....	20
Konstrukcja GMQ.....	21
Badania z wykorzystaniem GMQ.....	21
Właściwości psychometryczne polskiej adaptacji GMQ.....	22
Struktura wewnętrzna	22
Rzetelność	23
Trafność.....	23
Normalizacja.....	23
Sposób prowadzenia badania i interpretacji GMQ.....	25
Opis skali.....	25
Sposób badania.....	26
Obliczanie i interpretacja wyników	26
Bibliografia	27
ZAŁĄCZNIK: Arkusz GMQ.....	29
KWESTIONARIUSZ PRZEKONAŃ I POSTAW WOBEC HAZARDU – GABS.....	30
Wprowadzenie teoretyczne.....	30
Konstrukcja GABS	31
Badania z wykorzystaniem GABS	31
Właściwości psychometryczne polskiej adaptacji GABS.....	32
Struktura wewnętrzna	32
Rzetelność	33
Trafność.....	33
Normalizacja.....	33
Sposób prowadzenia badania i interpretacji GABS	35

Opis skali.....	35
Sposób badania.....	35
Obliczanie i interpretacja wyników	35
Bibliografia:	36
ZAŁĄCZNIK: Arkusz GABS	38
 SKALA MYŚLI ZWIĄZANYCH Z HAZARDEM – GRCS.....	40
Przekonania i błędy poznawcze związane z hazardem.....	40
Konstrukcja GRCS	41
Badania z wykorzystaniem GRCS	42
Właściwości psychometryczne polskiej adaptacji GRCS	42
Struktura wewnętrzna	42
Rzetelność	43
Trafność.....	44
Normalizacja.....	44
Sposób prowadzenia badania i interpretacja GRCS	48
Opis skali.....	48
Sposób badania.....	48
Obliczanie i interpretacja wyników	49
Bibliografia	50
ZAŁĄCZNIK: Arkusz GRCS	52

WPROWADZENIE

PROBLEM HAZARDU W POLSCE

Coraz większym problemem współczesnej Polski jest wzrastająca liczba osób, szczególnie młodzieży, zagrożonych problemowym i patologicznym hazardem. Jak wykazują badania uczestnictwo w grach typu hazardowego jest wśród młodzieży zjawiskiem dość rozpowszechnionym. O dużym zasięgu uczestnictwa młodych osób możemy mówić przede wszystkim w odniesieniu do dwóch typów gier: Lotto i konkursów SMS-owych, w których udział deklaruje po blisko dwie piąte ogółu badanych. Nieco mniejszą popularnością cieszą się wśród młodzieży automaty i gry w Internecie, choć również w tych przypadkach możemy mówić o dużym zakresie uczestnictwa, sięgającym niemal jednej czwartej ogółu (Hipsz, Badora, Gwiazda 2010, s. 133). W 2011 roku według badania Centrum Badań Opinii Społecznej, które zostało przeprowadzone na próbie 1189 osób w ramach projektu „Aktualne problemy i wydarzenia”, w grach losowych na pieniądze brał udział co drugi badany (Gwiazda 2011). Z kolei według badań prowadzonych przez CBOS w 2012 roku „Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych” w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie blisko jedna czwarta mieszkańców Polski w wieku 15 i więcej lat grała w gry na pieniądze. W skali kraju ponad 50 tysięcy Polaków jest silnie uzależnionych od gier hazardowych, a kolejne prawie 200 tysięcy – to osoby narażone na ryzyko uzależnienia (Badora i wsp. 2012). Jak wynika z przeprowadzonego w 2011 roku przez Instytut Psychoprofilaktyki i Psychoterapii Stowarzyszenia Natanaelum badania ogólnopolskiego realizowanego w ramach projektu „Polskie zasoby instytucjonalne i osobowe w obszarze profilaktyki i terapii uzależnień behawioralnych w tym hazardu” w każdym roku zwiększa się liczba osób zgłaszających się do placówek terapii uzależnień z powodu nadmiernego zaangażowania w hazard (Lelonek-Kuleta, Chwaszcz 2011). Czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia problemowego i patologicznego hazardu jest duża dostępność oraz prostota zasad cechująca większość gier hazardowych, jak również niska społeczna świadomość negatywnych skutków grania. Wśród czynników natury psychologicznej należy wyróżnić m.in.: niską samoocenę, poczucie osamotnienia, niedojrzałość emocjonalną, dążenie do osiągnięć – chęć bycia najlepszym, poszukiwanie nowych wrażeń, chęć przynależności i akceptacji w grupie. Z literatury

przedmiotu wynika, iż wymienione powyżej uwarunkowania psychologiczne są również istotnym elementem okresu dorastania.

Młodzież znajdując się w specyficznym okresie swojego życia, doświadcza sytuacji podwójnie trudnej, gdyż staje wobec problemów o charakterze rozwojowym, a także problemów wyznaczanych przez kształt ponowoczesnego, zglobalizowanego świata, w którym żyje (Wysocka 2010). Młodzież 16-19 lat znajduje się w okresie rozwojowym zwiększonego ryzyka uzależnieniami psychoaktywnymi (od alkoholu, narkotyków, tytoniu, leków) oraz czynnościowymi (od Internetu, telewizji, gier komputerowych, hazardu). Stąd istotne jest, aby osoby młode odpowiednio wcześniej objąć oddziaływaniami profilaktycznymi. Dobrze zaplanowane działania profilaktyczne powinny opierać się na rzetelnie przeprowadzonej diagnozie, aby dostosować sposób oddziaływań do realnych problemów odbiorców. Obecnie w Polsce jest duże zapotrzebowanie na metody diagnostyczne skierowane do osób grających w gry hazardowe. Szczególnie odczuwany jest brak metod diagnostycznych przeznaczonych dla młodzieży, które pozwoliłyby na wczesne wykrycie osób znajdujących się w grupie ryzyka, a poprzez to wdrożenie odpowiednich oddziaływań profilaktycznych. Aktualny stan rzeczy wskazuje na zbyt późne wykrywanie problemu i koncentrację na terapii osób grających problemowo i patologicznie. Wczesna diagnoza, już na etapie adolescencji, pozwoliłaby na podjęcie działań profilaktycznych, zapobiegających rozwojowi uzależnienia, co jest niezwykle ważne w kontekście zdrowia publicznego.

Stworzenie baterii wartościowych psychometrycznych metod, daje możliwość pogłębienia wiedzy z zakresu podejmowanej problematyki i planowanie działań adekwatnych do trzech rodzajów profilaktyki – uniwersalnej, selektywnej i wskazującej. Metody te powinny być również skonstruowane w sposób umożliwiający ich wykorzystanie przez osoby pracujące z młodzieżą, w tym psychologów, pedagogów, nauczycieli, profilaktyków. Jest to szczególnie ważne ze względu na stały kontakt tych osób z młodzieżą i duże możliwości związane z wdrażaniem oddziaływań profilaktycznych.

OPIS REALIZOWANEGO PROJEKTU

W odpowiedzi na opisane powyżej potrzeby, Instytut Psychoprofilaktyki i Psychoterapii Stowarzyszenia Natanaelum zrealizował projekt *Opracowanie baterii metod służących do oceny ryzyka zaburzeń związanych z hazardem*, współfinansowany przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii. Projekt był realizowany w ramach programu Ministra Zdrowia *Wspieranie badań naukowych dotyczących zjawiska uzależnienia od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących*

uzależnienia od substancji psychoaktywnych a także rozwiązywania problemów z tym związanych, zadanie: Przeprowadzenie badań naukowych służących pogłębieniu wiedzy w zakresie uzależnień behawioralnych, w tym hazardu problemowego i patologicznego. Efektem podjętych działań jest polska adaptacja czterech metod: *Gambling Motives Questionnaire (GMQ)* – Kwestionariusz Motywów Hazardowych; *Brief Biosocial Gambling Screen (BBGS)* – Krótkie Biospołeczne Narzędzie Przesiewowe do Hazardu; *Gambling Attitude and Beliefs Scale (GABS)* – Kwestionariusz Przekonań i Postaw wobec Hazardu oraz *Gambling Related Cognitions Scale (GRCS)* – Skala Myśli Związanych z Hazardem.

Metody te powstały w efekcie przeprowadzenia dwukrotnych badań w okresie październik – listopad 2013 oraz kwiecień – maj 2014 reprezentatywnej próby uczniów szkół ponadgimnazjalnych z terenu województwa lubelskiego. W celu uzyskania wyników najbardziej zbliżonych do rzeczywistych przeprowadzono losowanie badanych, podczas którego uwzględniono takie kryteria, jak: wielkość miejscowości, w jakiej znajduje się szkoła (małe miasto i wieś do 5 tys. mieszkańców/duże miasto pow. 5 tys. mieszkańców); rodzaj szkoły (publiczna/niepubliczna); zdawalność egzaminu końcowego (poniżej 50%/powyżej 50%); typ szkoły (szkoła zawodowa/liceum ogólnokształcące/technikum).

W trakcie badania wykorzystano szereg metod ujmujących zjawisko hazardu. Zestaw badawczy składał się z metryczki zawierającej pytania dotyczących m.in.: wieku, płci, aktualnego miejsca zamieszkania i miejsca zamieszkania do 10 r. ż., ocen w ostatnim zakończonym roku szkolnym, planów dotyczących dalszej edukacji, struktury rodziny pochodzenia, warunków materialnych i atmosfery w rodzinie, wykształcenia rodziców, stosunku do religii, informacji na temat autorytetów, ilości pieniędzy, które miała do dyspozycji osoba badana w postaci kieszonkowego, częstości podejmowania różnych form hazardu (np. gry w karty na pieniądze, zakłady konne, zakłady sportowe itp.) oraz wieku, w jakim osoba podjęła po raz pierwszy tę aktywność. Głównymi metodami były jednak cztery wyżej wymienione narzędzia ujmujące zjawisko hazardu, przetłumaczone z języka angielskiego, zgodnie z procedurami adaptacyjnymi obowiązującymi w psychologii. Narzędzia te wyselekcjonowano z dużej grupy metod dostępnych w literaturze przedmiotu. Dobierając je kierowano się następującymi, obiektywnymi kryteriami:

1. Wynikami badań pilotażowych zrealizowanych na grupie młodzieży, po których obliczono m.in. procent braków odpowiedzi, miary rzetelności oraz korelacje z metodami ujmującymi poziom aprobaty społecznej;
2. Ilością cytowań artykułów z opisem metod w literaturze światowej.

Wszystkie badania zrealizowano grupowo przy pomocy przeszkolonych ankierów w szkołach, do których uczęszczali badani. Ankierzy w oparciu o listę z wylosowanymi placówkami oświatowymi nawiązywali kontakt z Dyrekcją i prosili o zgodę na wykonanie badań. Po jej uzyskaniu przychodzili na zajęcia w konkretnej klasie i przeprowadzali badania zgodnie z opisaną w punkcie 3 procedurą.

PROCEDURA PROWADZENIA BADAŃ

Zgodnie z polską wersją wytycznych Międzynarodowej Komisji ds. Testów (International Test Commission – ITC) z 2000 roku stosując testy, czy też jakiekolwiek narzędzia diagnostyczne należy postępować zgodnie z zasadami dobrej praktyki. Wskazują one, aby:

1. Za każdym razem oceniać potencjalną użyteczność badania narzędziem diagnostycznym w konkretnej sytuacji.
2. Wybrać spośród narzędzi ocenianych jako odpowiednie w danej sytuacji, te z nich, które są technicznie solidne: trafne i rzetelne. Trafność ocenia czy konkretny test mierzy te cechy, właściwość, umiejętność, do mierzenia której został skonstruowany. Rzetelność natomiast dotyczy tego, z jaką dokładnością (por. Mańkowska, 2010).
3. Przeanalizować kwestię własnej bezstronności w trakcie badań.
4. Odpowiednio przygotować sesje testowe (wybrać właściwy czas i miejsce, poinformować o prawach badanych, uzyskać zgodę na udział).
5. Prawidłowo przeprowadzić badanie testowe (rozpocząć od przywitania się, nawiązania kontaktu, zredukować ewentualny niepokój, sprawdzić czy osoby mają odpowiednie materiały, aby wypełnić test, czy zrozumiały instrukcję).
6. Dokładnie obliczać i analizować wyniki w teście (przestrzegać standardowych procedur obliczania wyników zapisanych w podręczniku lub instrukcji użytkowania metody, zawsze sprawdzić poprawność wszelkich przekształceń).
7. Właściwie interpretować wyniki (kierować się zasadami opisanymi w podręczniku do metody, odnosić wyniki do właściwych norm, zwracać uwagę na wszelkie informacje zwrotne dotyczące problemów ze stosowaniem testu i je uwzględniać).
8. Jasno i precyzyjnie przedstawiać wyniki osobie badanej (dostosować formę i słownictwo do konkretnego odbiorcy, upewnić się czy wszystkie informacje zostały odpowiednio zrozumiane, informacje prezentować w konstruktywnej i pozytywnej formie).

9. Ciągłe sprawdzać przydatność testu (poszukiwać informacji na temat nowych wersji metody, sprawdzać aktualizacje norm).

Proces diagnozy jest wieloetapowy i wymaga dużego zaangażowania ze strony osoby go prowadzącej. Warto pamiętać, aby wykorzystywać w nim jedynie takie narzędzia, które pozwolą obiektywnie ocenić diagnozowaną osobę oraz sytuację, w której się znalazła. Wskazane jest unikanie narzędzi, co do których są zastrzeżenia lub badający nie jest pewny, że potrafi je właściwie zastosować i zinterpretować.

Poszczególne etapy stosowania narzędzi do pomiaru zjawiska hazardu:

1. Nawiązanie odpowiedniego kontaktu z badanym
2. Uświadomienie celu badania
3. Przekazanie instrukcji wypełniania metody
4. Upewnienie się, że badany zrozumiał instrukcję
5. Wypełnianie metody przez badanego
6. Sprawdzenie poprawności wypełnienia metod
7. Obliczenie wyników w poszczególnych wymiarach
8. Wpisanie do tabeli wyników surowych
9. Wpisanie do tabeli wyników przeliczonych w skali centylowej (jeżeli metoda takie posiada)
10. Interpretacja uzyskanych wyników
11. Przekazanie informacji zwrotnej badanemu wraz z ewentualną ofertą dalszego wsparcia lub miejsc, gdzie może uzyskać fachową pomoc.

BIBLIOGRAFIA

- Badora, B., Gwiazda, M., Hermann, M., Kalka, J., Moskalewicz, J. (2012). Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych. Warszawa: CBOS.
- Gwiazda, M. (2011) *Polak w szponach hazardu*. Warszawa: CBOS.
- Hipsz, N., Badora, B., Gwiazda, M. (2010). Sposoby spędzania wolnego czasu i zainteresowania młodzieży. *Opinie i diagnozy*, 19, ss. 124-137.
- Lelonek-Kuleta, B., Chwaszcz, J. (2011) Raport z badań w ramach zadania "Przeprowadzenie badania mającego na celu zdiagnozowanie zasobów instytucjonalnych i osobowych z zakresu profilaktyki i udzielania pomocy w zakresie uzależnień behawioralnych, w tym hazardu problemowego/patologicznego w Polsce. Lublin: Stowarzyszenie Natanaelum.
- Mańkowska, M. (2010). *Wprowadzenie do psychometrii*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Wysocka, E. (2010) Młodzież w zmieniającej się rzeczywistości – wizerunek własny w perspektywie subiektywnej, (w:) Sroczyńska, M., Paczkowski, J. (red.) *Młodzi w społeczeństwie zmiany. Studia polsko-ukraińskie*. Kielce: Wyższa Szkoła Umiejętności.

KRÓTKIE BIOSPOŁECZNE NARZĘDZIE PRZESIEWOWE DO HAZARDU – BBGS

PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA I ZASTOSOWANIE BBGS

BBGS (*Brief Biosocial Gambling Screen*; Gebauer, LaBrie, Shaffer, 2010) stanowi przesiewowe narzędzie, które może pomóc zarówno fachowcom (lekarzom, terapeutom, epidemiologom), jak również osobie uprawiającej hazard, oszacować czy w danym przypadku potrzebna jest bardziej specjalistyczna ocena w zakresie występowania objawów patologicznego hazardu.

Metoda powstała na bazie wyników ogólnokrajowego przeglądu dotyczącego zachowań hazardowych, który dzięki finansowaniu The National Center for Responsible Gambling (NCRG) został przeprowadzony na próbie 43 093 gospodarstw domowych w Stanach Zjednoczonych. Badacze skupieni w Addiction Cambridge Health Alliance, przy współpracy z naukowcami z Harvard Medical School, przeanalizowali wyniki patologicznych hazardzistów, którzy zostali wyselekcjonowani z populacji ogólnej gospodarstw domowych za pomocą kryteriów patologicznego hazardu opisanych w *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994), wydanym przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne.

BBGS stworzono na podstawie najbardziej popularnych odpowiedzi patologicznych hazardzistów po to, aby stworzyć krótką metodę mającą na celu poprawne rozróżnienie patologicznych hazardzistów od niepatologicznych graczy po to, aby dokonywać trafnej kwalifikacji osób ubiegających się o leczenie, a jednocześnie zmniejszyć liczbę niepotrzebnych interwencji w stosunku do graczy niepatologicznych (Gebauer i in., 2010; Kessler, Hwang, LaBrie, Petukhova, Sampson, Shaffer, 2008).

Narzędzie *Brief Biosocial Gambling Screen* pozwala zidentyfikować problemy związane z występowaniem patologicznego hazardu u osoby badanej na podstawie twierdzeń odnoszących się do trzech obszarów funkcjonowania – doświadczania trudności emocjonalnych, wykorzystywania preferowania kłamstwa, odczuwania problemów finansowych (Gebauer i in., 2010):

- Trudności emocjonalne: 1. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy czułeś się bezsilny, poirytowany, niespokojny, gdy próbowałeś rzucić lub ograniczyć hazard? (Tak/Nie)
- Preferowanie kłamstwa: 2. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy próbowałeś ukrywać przed rodziną lub przyjaciółmi, że grasz w gry hazardowe? (Tak/Nie)

- Odczuwanie problemów finansowych: 3. *Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miałeś problemy finansowe w wyniku hazardu, w takiej skali, że musiałeś żyć na koszt rodziny, przyjaciół lub opieki społecznej?* (Tak/Nie)

Odpowiedź „Tak” na każde z trzech wymienionych powyżej pytań wskazuje na problemy związane z występowaniem patologicznego hazardu i potrzebę sformułowania klinicznej diagnozy na bardziej szczegółowym poziomie. Wynika to z faktu, że trzy pytania przesiewowe zawarte w BBGS posiadają wysokie korelacje z kryteriami, za pomocą których zostały opisane objawy patologicznego hazardu w DSM-IV – m.in. oznaki tego zaburzenia w takich wymiarach, jak: neuroadapatacja, psychospołeczna charakterystyka patologicznych graczy i negatywne skutki grania. Istnienie silnych związków między pytaniami przesiewowymi a kryteriami diagnostycznymi patologicznego hazardu uzasadnia stwierdzenie, że metoda posiada mocne podstawy teoretyczne (Petry, Stinson, Grant, 2005).

BBGS posiada wysokie parametry psychometryczne w zakresie identyfikacji patologicznych hazardzistów, tzn. wysoką czułość: 0,96 (za pomocą narzędzia prawidłowo zidentyfikowano 7679 patologicznych hazardzistów) i wysoką swoistość: 0,99 (zastosowanie narzędzia umożliwiło odróżnienie 10 892 patologicznych hazardzistów od 11 027 graczy niepatologicznych). Wartość predykcyjna narzędzia wynosi 0,37, co oznacza, że u jednej z trzech osób, która pozytywnie ustosunkowała się do 3 pytań w BBGS można zidentyfikować pełnoobjawowe zaburzenia związane z uprawianiem hazardu (Gebauer i in., 2010).

Poniżej przedstawiono rekomendacje do stosowania metody *Brief Biosocial Gambling Screen*, które występują na gruncie literatury przedmiotu:

1. Narzędzie zostało skonstruowane na mocnych podstawach teoretycznych odnoszących się do kryteriów patologicznego hazardu zawartych w DSM-IV (Petry i in., 2005; Volberg, Williams, 2012).
2. BBGS można stosować w badaniach indywidualnych i grupowych ze względu na zwężłość, bardzo dobre właściwości psychometryczne oraz możliwość dokonania pomiaru dotyczącego problemów hazardowych w okresie ostatnich 12 miesięcy (Dowling i in., 2014).
3. Metoda cechuje się łatwością włączania do różnego rodzaju wywiadów klinicznych ze względu na jej krótką formę (3 pytania) i prostotę udzielania odpowiedzi ze strony badanych osób (Gebauer i in., 2010).
4. Dzięki zastosowaniu tego narzędzia można w prosty sposób ograniczyć liczbę osób, które nie wymagają bardziej wnikliwej oceny w zakresie występowania objawów patologicznego hazardu, a tym samym zaoszczędzić czas i pieniądze związane z przeprowadzeniem badania klinicznego w analizowanym obszarze (Kessler i in., 2008).

WŁAŚCIWOŚCI PSYCHOMETRYCZNE POLSKIEJ WERSJI BBGS

Czułość

Czułość polskiej wersji BBGS oszacowano na próbie 959 osób, stanowiących próbę reprezentatywną uczniów szkół średnich województwa lubelskiego. 297 osób grało w gry hazardowe w przeciągu ostatnich 12 miesięcy. Warunkiem dla oceny czułości BBGS były pytania odpowiadające kryteriom grania patologicznego zawartym w DSM-IV:

1. Czy w ciągu ostatniego roku czuleś potrzebę stawiania coraz większej sumy pieniędzy, aby osiągnąć taki stopień pobudzenia, jaki chciałeś?
2. Czy kiedykolwiek w ostatnim roku wydałeś na hazard dużo więcej niż planowałeś?
3. Czy w ostatnim roku czuleś się źle lub czuleś, że masz dość, gdy próbowałeś ograniczyć lub zaprzestać hazard?
4. Jak często w ostatnim roku uprawiałeś hazard by uciec od problemów lub gdy czuleś się źle?
5. Czy w ciągu ostatniego roku, po przegraniu pieniędzy w hazardzie, wróciłeś następnego dnia, aby spróbować się odegrać?
6. Czy w ciągu ostatniego roku hazard doprowadził do tego, że okłamałeś rodzinę?
7. Czy kiedykolwiek w ostatnim roku wzięłeś bez pozwolenia i wydałeś na hazard pieniądze przeznaczone na inny cel lub nie swoje?
8. Czy w ostatnim roku Twój hazard doprowadził do kłótni z rodziną?

Do grupy hazardu patologicznego zaliczono osoby, które miały co najmniej 5 odpowiedzi twierdzących. Takich osób było 17 (1,8% próby). Na podstawie wyniku BBGS (przynajmniej jedna odpowiedź diagnostyczna prawdziwa) do grupy ryzyka zakwalifikowano 47 osób.

Na podstawie uzyskanych wyników obliczono wskaźniki czułości i pozytywnej wartości predykcji dla poszczególnych pytań BBGS oraz dla całej skali. Czułość wyrażona została proporcją osób grających patologicznie, którzy zostali zakwalifikowani jako tacy za pomocą BBGS; pozytywna wartość predykcji to proporcja osób zakwalifikowanych na podstawie BBGS jako patologiczni gracze, którzy rzeczywiście należeli do grupy graczy patologicznych. Wyniki analizy przedstawiono w Tabeli 1.

	PG: Nie	PG: Tak	Nie-PG: Nie	Nie-PG: Tak	Czułość	Pozytywna wartość predykcji
Ograniczenie	3	14	885	31	0,82	0,31
Kłamstwo	14	3	914	2	0,18	0,60
Pożyczanie	11	6	909	7	0,35	0,46
BBGS	3	14	879	37	0,82	0,30

Oryginalny BBGS przedstawiał następujące parametry: czułość – 0,96; pozytywna wartość predykcyjna – 0,36. Polska wersja skali ma słabsze niż jej oryginalny odpowiednik własności psychometryczne. Być może jest to spowodowane wiekiem (w polskiej próbie uzyskano jeden rząd wyższe niż w badaniach kanadyjskich wskaźniki patologicznego hazardu).

Trafność

BBGS służy do oszacowania ryzyka hazardu patologicznego. Trafność teoretyczną polskiej wersji skali szacowano analizując jej związki ze zmiennymi, które są powiązane z hazardem patologicznym. Były to: płeć oraz poziom zaangażowania w grę hazardową mierzony przy pomocy polskiej wersji SOGS-RA (Winters, Stinchfield, Fulkerson, 1993; w polskiej adaptacji Niewiadomska, Augustynowicz, Palacz-Chrisidis, Bartczuk, Wiechetek, Chwaszcz, 2013; alfa-Cronbacha = 0,90). Analiza zależności została przeprowadzona na grupie młodzieży grającej w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

W badaniach korelatów BBGS stwierdzono występowanie dodatniej zależności między ryzykiem hazardu patologicznego a płcią ($\phi=0,11$; $p=0,041$; $n=297$), oraz dodatniej zależności z poziomem zaangażowania w grę hazardową ($\chi^2(2) = 67,32$; $p<0,001$). Wyniki te wskazują na trafność teoretyczną polskiej wersji BBGS w badanym zakresie.

SPOSÓB PROWADZENIA BADANIA I INTERPRETACJI BBGS

Opis skali

Skala BBGS zawiera 3 pytania i pytania filtrujące. Na podstawie badania pilotażowego w polskiej wersji skali wyłączony kwazifiltr zastosowany w wersji oryginalnej jako pytanie poprzedzające pytania metody właściwej. Badany odpowiada na każde z pytań na dwustopniowym formacie odpowiedzi ("Tak", "Nie").

Arkusz BBGS zawiera metryczkę (pytania o imię, nazwisko, wiek i datę badania) oraz instrukcję.

BBGS jest użytecznym narzędziem przesiewowym do wstępnego oszacowania ryzyka hazardu patologicznego (Gebauer, LaBrie, Shaffer, 2010).

Wersja oryginalna BBGS jest przeznaczona do badania młodzieży i osób dorosłych, jednak obecna adaptacja została przeprowadzona na młodzieży szkół średnich.

Sposób badania

Badanie za pomocą BBGS można prowadzić indywidualnie lub grupowo, zgodnie z regułami opisanymi we Wprowadzeniu (p. 3). W badaniu indywidualnym prosimy osobę badaną o wypełnienie

metryczki i kwestionariusza testowego. Przeciętny czas badania za pomocą skali BBGS wynosi około 30 sekund.

Obliczanie i interpretacja wyników

Uzyskane od badanego oceny podlegają interpretacji zgodnie z następującym schematem:

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zagrałeś, choćby raz, w gry hazardowe?

☐ Tak → Kontynuuj

☐ Nie → Osoba nie grała – brak ryzyka

1. Czy w trakcie ostatnich 12 miesięcy czułeś się bezsilny, poirytowany lub niespokojny, gdy próbowałeś rzucić lub ograniczyć hazard?

☐ Tak → Osoba z ryzykiem hazardu patologicznego wymagająca diagnozy klinicznej

☐ Nie → Kontynuuj

2. Czy w trakcie ostatnich 12 miesięcy próbowałeś ukrywać przed rodziną lub przyjaciółmi fakt, że grasz w gry hazardowe?

☐ Tak → Osoba z ryzykiem hazardu patologicznego wymagająca diagnozy klinicznej

☐ Nie → Kontynuuj

3. Czy w trakcie ostatnich 12 miesięcy miałeś problemy finansowe z powodu hazardu w takiej skali, że musiałeś prosić o pomoc finansową rodzinę, przyjaciół lub opiekę społeczną?

☐ Tak → Osoba z ryzykiem hazardu patologicznego wymagająca diagnozy klinicznej

☐ Nie → Osoba grająca bez ryzyka hazardu patologicznego

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-IV) 4. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- Dowling, N., A., Jackson A., C., Suomi A., Lavis T., Thomas S., A., Patford J., Harvey P., Battersby M., Koziol-McLain J., Abbott M., Bellringer M., E. (2014). Problem gambling and family violence: Prevalence and patterns in treatment-seekers. *Addictive Behaviors*, 39, 1713–1717.

- Gebauer, L., LaBrie, R., Shaffer, H. J. (2010). Optimizing DSM-IV-TR classification accuracy: A brief biosocial screen for detecting current gambling disorders among gamblers in the general household population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55 (2), 82.
- Kessler, R.,C., Hwang, I., LaBrie, R.,A., Petukhova, M., Sampson, N., Shaffer, H.,J. (2008). DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38, 1351-60.
- Mańkowska, M. (2010). *Wprowadzenie do psychometrii*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Petry, N. M., Stinson, F. S., Grant, B., F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66 (5), 564–574.
- Volberg R., A., Williams R., J. (2012). *Developing a Short Form of the PGSI. Report to the Gambling Commission*. Birmingham.

	Wynik Surowy	Ranga Centylowa
GRCS-NPG/BI/IK		
GRCS-KP		
GRCS-WO		

Data badania

Imię i nazwisko

Wiek

Płeć: K M

L. Gebauer, R. LaBrie i H. J. Shaffer

BBGS

w polskiej adaptacji I. Niewiadomskiej, W. Augustynowicz, A. Palacz-Chrisidis, R. Bartczuka, M. Wiechetka i J. Chwaszcz.

Odpowiedz na poniższe pytania, zaznaczając odpowiedź.

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zagrałeś, choćby raz, w gry hazardowe?

☐ Tak

☐ Nie

1. Czy w trakcie ostatnich 12 miesięcy czułeś się bezsilny, poirytowany lub niespokojny, gdy próbowałeś rzucić lub ograniczyć hazard?

☐ Tak

☐ Nie

2. Czy w trakcie ostatnich 12 miesięcy próbowałeś ukrywać przed rodziną lub przyjaciółmi fakt, że grasz w gry hazardowe?

☐ Tak

☐ Nie

3. Czy w trakcie ostatnich 12 miesięcy miałeś problemy finansowe z powodu hazardu w takiej skali, że musiałeś prosić o pomoc finansową rodzinę, przyjaciół lub opiekę społeczną?

☐ Tak

☐ Nie

KWESTIONARIUSZ MOTYWÓW HAZARDOWYCH - GMQ

Motywacja to wszelkie mechanizmy, które są odpowiedzialne za podjęcie, ukierunkowanie, podtrzymania oraz zakończenie jakiegoś działania. Osoby grające okazjonalnie najczęściej robią to ze względu na dobrą zabawę, jednakże wyznaczając sobie pewien limit pieniędzy i czasu, który mogą poświęcić, a ryzyko przegranej jest świadomie przez nich wkalkulowane w czynność. Osoby, które grają problemowo cechują inne motywy. W potocznej ocenie hazardziści kierują się takimi motywami, jak: potrzeba silnych emocji – skłonność do ryzyka, chęć rywalizacji – potrzeba wygrywania, bycia najlepszym czy też chęć zysku. Ponad to osoby uzależnione cechuje wewnętrzny przymus gry, a osoby grające okazjonalnie robią to dla przyjemności czy też zabawy. (Badora, Gwiazda, Hermann, Kalka, i Moskaiewicz, 2012). Według Augustynka (2011) motywem do uprawiania patologicznego hazardu jest potrzeba przeżywania silnego napięcia. Wygrana zwiększa poczucie mocy i stymuluje do dalszej gry, a przegrana wzbudza motywację do odegrania się, a to stymuluje do dalszej gry, mimo poniesionych strat.

Naukowe badania nad motywami grania prowadzone są od 1950 roku. Analogicznie do trójczynnika modelu motywacji do picia, badacze najczęściej wyróżniają trzy podstawowe motywy grania: wzrost pozytywnych emocji, radzenie sobie w sytuacjach trudnych oraz wzrost poczucia społecznej przynależności (Dechant, Ellery 2011). Również *Gambling Motives Questionnaire (GMQ)*, opracowany przez Stewarta i Zacka w 2008 roku, powstał w oparciu o trójczynnikową metodę do pomiaru motywów picia alkoholu *The Drinking Motives Questionnaire (DMQ)* Coopera i współpracowników z 1992 roku. *GMQ* bada częstotliwość grania ze względu na 15 powodów. Autorzy *GMQ* wykazali, że metoda ta, podobnie, jak kwestionariusz *DMQ*, mierzy następujące motywy:

- umacnianie siebie (*enhancement*) - wewnętrzne umacnianie siebie poprzez zwiększanie pozytywnych emocji;
- radzenie sobie (*coping*) - uprawianie hazardu w celu zmniejszenia lub uniknięcia negatywnych emocji;
- motywy społeczne (*social motives*) - zewnętrzne pozytywne motywy wzmacniające, granie w gry hazardowe w celu zwiększenia przynależności społecznej (Dowling, Jackson, Thomas i Frydenberg, 2010).

KONSTRUKCJA GMQ

Wszystkie 15 stwierdzeń wchodzące w skład metody, zostały bezpośrednio zaczerpnięte z *DMQ* i przeredagowane w taki sposób, żeby odnosiły się do grania. Podobnie jak w metodzie do badania motywów picia, *GMQ*, ma trzy podskale – każda do pomiaru jednego motywu – w skład których wchodzi po 5 itemów. Względna częstotliwość danego motywu grania jest oceniana na 4-punktowej skali (1 - *prawie nigdy/nigdy*, 2- *czasem*, 3 - *często*, 4 - *prawie zawsze*). Ta miara była włączona jako walidacja motywów uprawiania hazardu pochodzących z metody *Inventory of Gambling Situations (IGS)*. W skali *GMQ* motywy są badane bezpośrednio (poprzez zadanie pytania osobie badanej dlaczego uprawia hazard). Natomiast w skali *IGS*, o motywach wnioskujemy na podstawie typowych sytuacji, które są związane z uprawianiem hazardu przez osobę badaną (np. jeżeli osoba uprawiająca hazard wskazuje, że często gra w sytuacji konfliktu z innymi, świadczy to, że hazard stanowi dla niej sposób radzenia sobie) (Stewart i in., 2008).

Gambling Motives Questionnaire (GMQ) jest rzetelnym i trafnym narzędziem, które można wykorzystywać zarówno w celach badawczych, jak i praktyce profilaktycznej oraz klinicznej nałogowych hazardzistów.

BADANIA Z WYKORZYSTANIEM GMQ

Stewart i Zack potwierdzili trójczynnikową strukturę metody badając grupę 193 graczy – 154 patologicznych hazardzistów i 39 niepatologicznych graczy. Grupy zostały wyróżnione ze względu na wynik uzyskany w *South Oaks Gambling Screen*. Eksploracyjna analiza głównych składowych wykazała interkorelację wyróżnionych czynników. Każda podskala *GMQ* wskazała dobrą spójność wewnętrzną. Patologiczni hazardziści uzyskali istotnie wyższe wyniki we wszystkich trzech skalach w porównaniu do niepatologicznych graczy, ze szczególną przewagą w podskalach: motywy umacniania siebie oraz radzenie sobie (Steinberga i wsp. 2011 por. Dowling i wsp. 2010). Kobiety patologicznie uprawiające hazard uzyskały wyniki wyższe, niż mężczyźni na skali motywy radzenia sobie, co jest zgodne z literaturą przedmiotu. Niespodziewanie natomiast, kobiety uzyskały również wyższe wyniki w podskali motywów społecznych. W badaniach wykryto zależność pomiędzy płcią, a motywami zachowań hazardowych: wyniki w skali motywy radzenia sobie lepiej przewidują problemy hazardowe u kobiet, a motywy umacniania siebie są lepszym predyktorem problemów hazardowych w grupie mężczyzn. Z kolei badania przy pomocy *DMQ* oraz *GMQ* prowadzone wśród osób uzależnionych od alkoholu, hazardu oraz z zespołem uzależnienia krzyżowego, wykazały iż motyw radzenia sobie jest wtórny w dwóch pierwszych grupach (Steinberga i wsp. 2011, s. 52).

WŁAŚCIWOŚCI PSYCHOMETRYCZNE POLSKIEJ ADAPTACJI GMQ

Struktura wewnętrzna

Analiza struktury wewnętrznej GMQ została przeprowadzona za pomocą eksploracyjnej analizy czynnikowej na wynikach 485 osób. Wyniki analizy czynnikowej (metoda Oblimin) wykonanej na twierdzeniach skali GMQ nie potwierdziły występowania w polskiej populacji młodzieży takiego samego układu wymiarów, jak w wersji oryginalnej (por. Tabela 1). Uzyskane rozwiązanie wyjaśnia 77% wariancji i udało się w nim dość dobrze odwzorować psychologiczny sens wymiarów odnoszących się do motywów społecznych oraz radzenia sobie ze stresem. Motyw wzmacniania siebie nie został w ogóle odwzorowany. Pozycje oryginalnie go tworzące przesunęły się do dwóch wyżej wymienionych wymiarów. Jak zaprezentowano w tabeli 1 twierdzenia tworzące wymiar pierwszy – motyw społeczny są tworzone przez pozycje, które w wersji oryginalnej odnosiły się do kwestii społecznych, ale również do umacniania siebie i radzenia sobie ze stresem. Jednak na podstawie analizy psychologicznego znaczenia poszczególnych pozycji testowych, przeprowadzonej przez sędziów kompetentnych, zdecydowano się nazwać tę dymensję motyw społeczny. W przypadku wymiaru motyw radzenia sobie ze stresem takie problemy nie pojawiły się. Wymiar ten w większości przypadków składa się z twierdzeń oryginalnie go konstytuujących.

Tabela 1. Analiza czynnikowa GMQ. Macierz ładunków czynnikowych.

Przynależność pozycji do wymiaru w oryginalnej wersji	Twierdzenia	Składowa		
		Motyw społeczny	Motyw radzenia sobie ze stresem	Wymiar 3
Umacnianie siebie	GMQ12	,968		
Umacnianie siebie	GMQ06	,898		
Umacnianie siebie	GMQ03	,836		
Motyw społeczny	GMQ13	,825		
Motyw radzenia sobie ze stresem	GMQ02	,824		
Motyw społeczny	GMQ07	,821		
Motyw radzenia sobie ze stresem	GMQ05		,956	
Motyw radzenia sobie ze stresem	GMQ14		,935	
Motyw radzenia sobie ze stresem	GMQ11		,907	
Motyw umacniania siebie	GMQ09		,631	
Motyw umacniania siebie	GMQ15		,613	
Motyw radzenia sobie ze stresem	GMQ08		,537	
Motyw społeczny	GMQ04	,423	,488	
Motyw społeczny	GMQ10			,546
Motyw społeczny	GMQ01	,443		,459

Rzetelność

Wskaźniki rzetelności (alfa Cronbacha) otrzymane dla wyodrębnionych w warunkach polskich wymiarów wynoszą odpowiednio 0,939 dla wymiaru społecznego i 0,937 dla motywu radzenia sobie ze stresem. Uzyskane współczynniki są bardzo wysokie i wskazują na dużą jednorodność pozycji tworzących dany wymiar. Dodatkowo, bazując na wynikach procedur statystycznych (wartość alfa po wyeliminowaniu pozycji testowej) należy stwierdzić, że nie ma podstaw do usunięcia jakichkolwiek twierdzeń z wyodrębnionych wymiarów. Taki zabieg bowiem nie podniósłby zasadniczo wskaźnika rzetelności. Interkorelacja dwóch wymiarów GMQ w warunkach polskich jest wysoka ($r=0,71$; $p<0,001$). Pozwala to przypuszczać, że tak naprawdę struktura motywów grania w gry hazardowe wydaje się być jednowymiarowa.

Trafność

GMQ służy do oszacowania motywów zgodnie, z którymi osoba podejmuje zachowania hazardowe. Trafność teoretyczną skali adaptowanej do polskich warunków oceniano poprzez sprawdzenie związku poszczególnych wymiarów z płcią oraz hazardem patologicznym mierzonym przy pomocy polskiej wersji SOGS-RA (Winters, Stinchfield, Fulkerson, 1993; w polskiej adaptacji Niewiadomska, Augustynowicz, Palacz-Chrisidis, Bartczuk, Wiechetek, Chwaszcz, 2013; alfa-Cronbacha = 0,90). Zakładano występowanie różnic w wynikach GMQ z uwagi na płeć, jak również pozytywny związek GABS z SOGS-RA.

W badaniach ujawniono, że mężczyźni uzyskali istotnie wyższe wyniki od kobiet w obydwu wymiarach GMQ (Motyw społeczny: $M_{\text{kobiety}} = 7,47$ (SD = 3,58); $M_{\text{mężczyźni}} = 9,04$ (SD = 4,44); $t(479,202)=4,32$; $p=0,000$; Motyw radzenia sobie: $M_{\text{kobiety}} = 6,61$ (SD = 2,38); $M_{\text{mężczyźni}} = 7,63$ (SD = 3,58); $t(478,121)=3,75$; $p=0,000$).

Stwierdzono również występowanie dodatniej i podobnej pod względem siły zależności między różnymi motywami hazardowymi a podejmowaniem patologicznych zachowań hazardowych mierzonych za pomocą SOGS-RA. W przypadku motywu społecznego związek wyniósł ($n=250$; $r=0,53$; $p<0,01$). Natomiast dla motywu radzenia sobie ze stresem korelacja okazała się również istotna statystycznie i wyniosła ($n=250$, $r=0,55$; $p=0,001$). Powyższe wyniki wskazują na trafność teoretyczną polskiej wersji GMQ.

Normalizacja

Normalizację wyników skali GMQ przeprowadzono na grupie 485 osób, w wieku 17-21 lat, stanowiących próbę reprezentatywną uczniów szkół średnich województwa lubelskiego (por. Wprowadzenie, p 2.), które stwierdziły, że grały w gry hazardowe w ciągu ostatnich 6 miesięcy oraz udzieliły odpowiedzi na

co najmniej 80% pozycji GABS. Braki danych uzupełniono medianą z pozostałych odpowiedzi. W ostatecznej próbie normalizacyjnej znalazło się 42,5% kobiet, średni wiek wyniósł 18,6 lat ($SD = 0,39$). Średnie wyniki grupy normalizacyjnej zamieszczono w Tabeli 2.

Tabela 2. Rozkład wyników GABS z uwzględnieniem podziału na płeć.

		Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Skośność	Kurtoza	Shapiro-Wilk	df	Istotność
Motyw społeczny	kobiety	7,47	3,58	6,00	24,00	3,27	10,74	,469	206	<0,001
	mężczyźni	6,62	2,38	6,00	20,00	4,43	19,37	,728	279	<0,001
Motyw radzenia sobie ze stresem	kobiety	9,05	4,44	6,00	24,00	1,67	2,22	,281	206	<0,001
	mężczyźni	7,63	3,58	6,00	24,00	2,77	7,91	,529	279	<0,001

W wyodrębnionych grupach z uwagi na płeć uzyskano rozkłady silnie prawoskośne. Dodatkowo z uwagi na występowanie istotnych silnych różnic międzypłciowych, podczas opracowywania norm zdecydowano się na ich przygotowanie oddzielnie dla kobiet i mężczyzn. Brak normalności rozkładu w wynikach grupy normalizacyjnej spowodował decyzję o zastosowaniu w ich tworzeniu skali centylowej (Mańkowska, 2010). Normy przedstawiono w Tabeli 3 i 4.

Tabela 3. Orientacyjne normy centylowe dla wymiaru Motyw społeczny Kwestionariusza Motywów Hazardowych (GMQ)

Wynik surowy	Ranga centylowa	
	kobiety	mężczyźni
6	0	0
7	74	53
8	80	60
9	85	65
10	88	70
11	91	74
12	93	79
13	94	83
14	94	86
15	94	89
16	94	91
17	94	92
18	95	93
19	96	94
20	96	95
21	97	96
22	97	96
23	98	98
24	99	99

Tabela 4. Orientacyjne normy centylowe dla wymiaru Motyw radzenia sobie ze stresem Kwestionariusza Motywów Hazardowych (GMQ)

Wynik surowy	Ranga centylowa	
	kobiety	mężczyźni
6	0	0
7	91	72
8	93	79
9	93	83
10	94	84
11	95	86
12	95	88
13	96	90
14	96	92
15	96	94
16	97	95
17	98	96
18	98	97
19	98	97
20	99	97
21	100	98
22	100	98
23	100	98
24	100	99

SPOSÓB PROWADZENIA BADANIA I INTERPRETACJI GMQ

Opis skali

Skala GABS zawiera 15 stwierdzeń odnoszących się do różnych powodów grania w gry hazardowe. Zadaniem badanego jest ocena, jak często poniższe motywy popychają go do grania. Odpowiedzi udzielane są w czterostopniowym formacie:

1. Nigdy lub prawie nigdy
2. Czasem
3. Często
4. Prawie zawsze

Arkusz z poszczególnymi twierdzeniami GMQ zawiera miejsce na wpisanie wyników uzyskanych przez badanego (skrót Ms – oznacza Motyw społeczny a Rss – Motyw radzenia sobie ze stresem) oraz metryczkę (pytania o imię, nazwisko, wiek, płeć i datę badania) i ogólną instrukcję wypełniania.

Skala GMQ jest krótkim i bardzo użytecznym kwestionariuszem umożliwiającym badanie motywów, którymi kieruje się osoba podejmując gry hazardowe. Metoda składa się z 15 pozycji (nie wszystkie twierdzenia są wykorzystywane do obliczania wyników), pogrupowanych w dwa wymiary: Motyw społeczny – 6 pozycji oraz Motyw radzenia sobie ze stresem – 6 pozycji.

Skala GMQ jest przygotowana dla osób uprawiających hazard. Oryginalna tworzona była na grupie osób dorosłych (Stewart i Zack, 2008). Opisywaną adaptację przygotowano dla młodzieży szkół średnich i do tej grupy należy również odnosić zamieszczone w podręczniku normy centylowe.

Sposób badania

Badanie za pomocą GMQ można prowadzić indywidualnie lub grupowo, zgodnie z regułami opisanymi we Wprowadzeniu (p. 3).

W badaniu indywidualnym należy poprosić osobę o wypełnienie metryczki i przeczytanie instrukcji. Przed rozpoczęciem odnoszenia się do poszczególnych kategorii warto sprawdzić czy badany zrozumiał polecenie. Dopiero gdy nie ma żadnych pytań – badający powinien umożliwić rozpoczęcie wypełnienia kwestionariusza testowego.

Przeciętny czas badania za pomocą skali GMQ wynosi około 4-7 minut.

Obliczanie i interpretacja wyników

Wszystkie uzyskane od badanego odpowiedzi (od 1 do 4) w poszczególnych twierdzeniach podlegają zsumowaniu. Dokonuje się tego oddzielnie dla Motywu społecznego oraz Motywu Radzenia sobie ze stresem. Klucz zgodnie, z którym należy przeprowadzić sumowanie znajduje się w tabeli 5. W GMQ nie ma twierdzeń odwróconych. Po dodaniu wszystkich punktów w wymiarach GMQ wpisujemy je do tabeli wyników jako Wynik Surowy odpowiednio dla Motywu społecznego (wiersz oznaczony GMQ – Ms) oraz Radzenia sobie ze stresem (wiersz oznaczony GMQ – Rss). Im wyższy wynik, tym bardziej istotny konkretny motyw w podejmowaniu aktywności o charakterze hazardowym.

Wynik badania należy następnie odnieść do wyników norm centylowych zamieszczonych w Tabelach 3-4 w zależności od analizowanego motywu. Rangę centylową zapisujemy na arkuszu w tabeli wyników jako Wynik Przeliczony. Np. jeżeli badany mężczyzna w wymiarze Motyw społeczny uzyskał wynik surowy wynoszący 17 to jego wynik w skali centylowej będzie wynosił 92 i będzie traktowany jako wysoki.

W interpretacji wyniku należy odnieść się do cech skali centylowej, zgodnie z którą:

1. wynik poniżej 3 centyla traktuje się jako wynik bardzo niski
2. wynik między 3 a 25 centylem – wynik niski
3. wynik między 26 a 75 centylem – wynik przeciętny

4. wynik między 76 a 97 centylem – wynik wysoki
5. wynik powyżej 97 centyla – wynik bardzo wysoki.

W Tabeli 5. znajdują się opisy interpretacyjne uzyskanych wyników bardzo niskich, niskich, przeciętnych, wysokich i bardzo wysokich GABS.

Tabela 5. Opisy interpretacyjne wyników uzyskanych w metodzie GABS

Rodzaj wyniku	Interpretacja
Motyw społeczny	
Bardzo niski	Badany podejmując gry o charakterze hazardowym w bardzo małym stopniu kieruje się motywami społecznymi.
Niski	Badany grając w gry hazardowe w małym stopniu kieruje się motywami społecznymi.
Przeciętny	Badany rozpoczynając aktywność hazardową czasami kieruje się motywami społecznymi. Traktuje hazard jako możliwość spędzenia czasu w towarzystwie oraz jako dobrą zabawę.
Wysoki	Badany podejmuje zachowania hazardowe z powodów społecznych. Często traktuje je jako możliwość spędzenia wolnego czasu z innymi osobami oraz dobrej zabawy.
Bardzo wysoki	Osoba badana angażując się w gry hazardowe w większości przypadków kieruje się motywacją społeczną. Przejawia zachowania hazardowe, gdyż dają jej one szansę spędzenia czasu w towarzystwie innych osób oraz umożliwiają doświadczenie pozytywnych stanów emocjonalnych.
Motyw radzenia sobie ze stresem	
Bardzo niski	Badany bardzo rzadko podejmuje aktywność hazardową z uwagi na chęć zredukowania negatywnych stanów emocjonalnych i zyskania lepszego samopoczucia.
Niski	Badany rzadko angażuje się w gry hazardowe z powodu chęci poprawienia swojego nastroju i redukcji zmartwień.
Przeciętny	Czasami zdarza się, że badany przejawia aktywność hazardową, gdyż chce w ten sposób poradzić sobie z trudnościami codziennego życia i chwilowo poprawić swój nastrój.
Wysoki	Badany często angażuje się w gry hazardowe, gdyż widzi je jako szansę poradzenia sobie ze stresem oraz negatywnymi stanami emocjonalnymi.
Bardzo wysoki	Prawie zawsze badany podejmuje zachowania hazardowe z powodu chęci redukcji negatywnych stanów emocjonalnych oraz poprawienia swojego samopoczucia. Traktuje hazard jako swoistego rodzaju „odskocznię”, szansę poradzenia sobie ze stresującymi wydarzeniami i sytuacjami w codziennym życiu.

BIBLIOGRAFIA

- Augustynek, A. (2011). Uzależnienie od czynności. *Psychologia.net.pl*
<http://www.psychologia.net.pl/arttykul.php?level=591> (data pobrania 27.11.2014).
- Badora, B., Gwiazda, M., Hermann, M., Kalka, J., Moskalewicz, J. (2012). *Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych*. Warszawa: CBOS.

- Cooper, M. L., Russell, M., Skinner, J. B., Windle, M. (1992). Development and Validation of a Threedimensional Measure of Drinking Motives. *Psychological Assessment*, 4(2), ss. 123–132.
- Dechant, K., Ellery, M. (2011). The Effect of Including a Monetary Motive Item on the Gambling Motives Questionnaire in a Sample of Moderate Gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 27, ss. 331–334.
- Dowling, N., A., Jackson, A., C., Thomas, Sh., A., Frydenberg, E. (2010). *Children at Risk of Developing Problem Gambling*. Australia: The University of Melbourne, Monash University, Victorian Government initiative.
- Mańkowska, M. (2010). *Wprowadzenie do psychometrii*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Steinberg, L., Tremblay, A., Zack, M., Busto, U., Zawertailo, L. (2011). Effects of Stress and Alcohol Cues in Men With and Without Problem Gambling and Alcohol Use Disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 119, ss. 46–55.
- Stewart, S. H., Zack, M. (2008). Development and Psychometric Evaluation of a Three-Dimensional Gambling Motives Questionnaire. *Addiction*, 103, ss. 1110–1117.
- Stewart, Sh., Collins, P., Zack, M., Klein, R. (2008). Subtyping Pathological Gamblers on the Basis of Affective Motivations for Gambling: Relations to Gambling Problems, Drinking Problems, and Affective Motivations for Drinking. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22 (2), ss. 257–268.

	Wynik Surowy	Ranga Centylowa
GMQ - Ms		
GMQ - Rss		

S. H. Stewart i M. Zack

GMQ

w polskiej adaptacji I. Niewiadomskiej, W. Augustynowicz, A. Palacz-Chrisidis, R. Bartczuka, M. Wiechetka i J. Chwaszcz,

Masz przed sobą listę różnych powodów, dla których ludzie uprawiają hazard. Proszę wskazać, jak często grasz (lub grałeś) z podanych niżej powodów.

Jak często grasz (lub grałeś) hazardowo...		nigdy lub prawie nigdy	czasem	często	prawie zawsze
1.	...bo jest to sposób na uczczenie czegoś?	1	2	3	4
2.	...aby się odprężyć?	1	2	3	4
3.	...ponieważ lubisz uczucie towarzyszące graniu?	1	2	3	4
4.	...ponieważ większość Twoich przyjaciół robi to, kiedy się spotykacie?	1	2	3	4
5.	...aby zapomnieć o zmartwieniach?	1	2	3	4
6.	...ponieważ jest to ekscytujące?	1	2	3	4
7.	...dla towarzystwa?	1	2	3	4
8.	...ponieważ jesteś bardziej ufny w swoje siły lub pewny siebie?	1	2	3	4
9.	...dla świetnego samopoczucia?	1	2	3	4
10.	...ponieważ jest to coś, co robisz na specjalne okazje?	1	2	3	4
11.	...ponieważ pomaga Ci to, gdy czujesz się zdenerwowany lub przygnębiony?	1	2	3	4
12.	...ponieważ jest to dobra zabawa?	1	2	3	4
13.	...ponieważ to sprawia, że spotkanie towarzyskie jest przyjemniejsze?	1	2	3	4
14.	...aby pocieszyć się, kiedy jesteś w złym nastroju?	1	2	3	4
15.	...ponieważ to sprawia, że czujesz się dobrze?	1	2	3	4

KWESTIONARIUSZ PRZEKONAŃ I POSTAW WOBEC HAZARDU –

GABS

WPROWADZENIE TEORETYCZNE

Według koncepcji podwójnego przełączania zaproponowanej przez Sevigny'ego i Ladouceura (2005), irracjonalne przekonania współwystępują z obiektywną wiedzą na temat gry hazardowej i przeplatają się ze sobą w trakcie grania. Postęp i wynik gry wpływają na rozwój i utrzymanie zniekształceń poznawczych, co wpływa na kontynuowanie hazardu przez osobę. Patologiczny hazard, trwałe powtarzanie grania, charakteryzuje się w szczególności obecnością zniekształceń poznawczych, prowadzących do utrzymania, a nawet zwiększenia intensywności grania hazardowego. Zniekształcenia poznawcze na temat hazardu występują u wszystkich graczy, jednak wydaje się, że są one częstsze i bardziej intensywne u problemowych i patologicznych hazardzistów (Barrault, Varescon, 2012). Jedno z podejść psychologicznych do hazardu sugeruje, że pewne błędy poznawcze związane z hazardem ułatwiają zaangażowanie w gry hazardowe na poziomie związanym z występowaniem problemów wynikających z hazardu (Ladoucer, Walker, 1996).

Przekonania związane z hazardem, polegają głównie na błędnym przypisywaniu wyniku związku pomiędzy dwoma niezależnymi zdarzeniami, które faktycznie zależą od przypadku (Joukhador i in. 2004; Ladouceur i Walker 1996; Toneatto i in. 1997; Walker 1992). Irracjonalne przekonania mogą być sklasyfikowane według przeciwieństwa umiejętności i szczęścia. Problemowi gracze często przypisują straty do pecha i wygrane do indywidualnych umiejętności, co skutkuje nabywaniem przekonania, że istnieją strategie hazardowe, które mogą zwiększyć szanse na wygraną. Przekonania oparte na umiejętności związane są z pojęciem iluzji kontroli, która jest postrzegana jako zdolność przewidywania i kontrolowania wyników gier hazardowych za pośrednictwem osobistych umiejętności lub wiedzy (Delfabbro, 2004; Gaboury i Ladouceur, 1989; Langer, 1975 Langer i Roth, 1975). Na przeciwnym biegunie znajdują się przekonania dotyczące szczęścia, opierające się na ogólnie występującej wierze w "pecha lub szczęście". Wymiar ten obejmuje przesady lub rytuały takich jak: posiadanie szczęśliwych talizmanów, unikanie lub poszukiwanie konkretnej osoby, ponieważ może ona przynieść pecha lub szczęście (Toneatto, 1999).

KONSTRUKCJA GABS

W przeciwieństwie do wielu innych narzędzi oceny hazardu, które koncentrują się wyłącznie na doświadczanych konsekwencjach wynikających z zaangażowania w hazard (np. South Oaks Gambling Screen SOGS; Lesieur, Blume, 1987), skala Gambling Attitudes and Beliefs (GABS), została opracowana tak, aby ocenić przekonania, postawy, nadawane wartości oraz błędne myśli towarzyszące różnemu zaangażowaniu w granie hazardowe (Breen i Zuckerman, 1999). GABS daje możliwość oceny ukrytego nastawienia do hazardu (Strong, Breen, Lejuez, 2004).

Oryginalna wersja Gambling Attitude and Beliefs Scale jest jednowymiarowym kwestionariuszem samooceny, który zawiera 35 twierdzeń dotyczących takich obszarów tematycznych, jak: strategie, rywalizacja, postawy, szczęście, emocje (Breen i Zuckerman, 1999). W literaturze znaleźć można również skróconą wersję metody (Bouju, Hardouin, Boutin, Gorwood, Le Bourvellec, Feuillet, Venisse, Grall-Bronnec, 2014). Zawiera ona 23 pozycje i pozwala mierzyć pięć wymiarów.

BADANIA Z WYKORZYSTANIEM GABS

Metoda GABS jest szeroko wykorzystywana w badaniach dotyczących przekonań na temat hazardu. Użyteczność GABS leży w jej potencjale do wskazywania przekonań, które mogą nasilać częstotliwość hazardu, ale poprzedzają poważne konsekwencje związane z hazardem. GABS poza przekonaniami na temat hazardu, wykorzystuje elementy odzwierciedlające aspekt pozytywnej autoprezentacji poprzez hazard (Holtgraves, 1988) oraz instrumentalne używanie hazardu, aby zwiększyć pozytywny i zmniejszyć negatywny afekt (Breen i Zuckerman, 1999). Wyniki uzyskane w Gambling Attitudes and Beliefs Scale, odzwierciedlają podatność, stopień, w którym osoba przejawia przekonania na temat hazardu przyczyniające się do dalszego grania i występowania problemów z tym związanych (Breen, 2000; Lejuez i in., 2003).

Istnieją badania przeprowadzone w USA w 2012 roku, z wykorzystaniem GABS, które pokazują preferencje patologicznych graczy odnośnie zachowań hazardowych związanych z ekonomicznym podejściem do grania (Ligneul i in., 2012).

Prowadzone były również badania dotyczące czynników ryzyka hazardu patologicznego. Badacze odkryli, że osoby bardziej podatne na nadmierne angażowanie się w gry hazardowe (ocena za pomocą kwestionariusza GABS) są motywowane korzyściami finansowymi, podczas gdy osoby mniej podatne na granie problemowe, zaczynają grać ze względu na potrzebę ryzyka (Hahn i in., 2013).

WŁAŚCIWOŚCI PSYCHOMETRYCZNE POLSKIEJ ADAPTACJI GABS

Struktura wewnętrzna

Analiza struktury wewnętrznej GABS została przeprowadzona za pomocą eksploracyjnej analizy czynnikowej na wynikach 466 osób. Zastosowana procedura statystyczna potwierdziła występowanie, podobnie jak w wersji oryginalnej, jednego czynnika (por. Tabela 1). Rozwiązanie to wyjaśnia około 76% wariancji ujmowanego konstruktów. Uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, że, polska wersja GABS zawiera tylko jeden wymiar. Bezwzględne ładunki czynnikowe poszczególnych pozycji skali wahają się w przedziale od 0,621 do 0,939. Podobnie jak w wersji oryginalnej trzy twierdzenia (3, 11 i 22) są odwrócone.

Tabela 1. Analiza czynnikowa GABS. Macierz ładunków czynnikowych.

	Składowa
GABS01	,892
GABS02	,919
GABS03	-,733
GABS04	,792
GABS05	,870
GABS06	,879
GABS07	,881
GABS08	,768
GABS09	,802
GABS10	,878
GABS11	-,621
GABS12	,882
GABS13	,837
GABS14	,885
GABS15	,907
GABS16	,896
GABS17	,912
GABS18	,923
GABS19	,895
GABS20	,924
GABS21	,849
GABS22	-,833
GABS23	,864
GABS24	,861
GABS25	,939
GABS26	,869
GABS27	,923
GABS28	,866
GABS29	,900
GABS30	,907
GABS31	,933
GABS32	,914
GABS33	,939
GABS34	,911
GABS35	,922

Rzetelność

Rzetelność skali GABS oszacowano na grupie 466 osób, stanowiących próbę reprezentatywną uczniów szkół średnich województwa lubelskiego. Współczynnik alfa-Cronbacha wyniósł 0,97 i okazał się zadowalający. Z kolei rzetelność oryginalnej wersji skali waha się od 0,89 – 0,93 w zależności od badanej grupy (Strong i in., 2004).

Trafność

GABS służy do oszacowania poziomu postaw wobec hazardu i skłonności do podejmowania zachowań hazardowych. Trafność teoretyczną skali adaptowanej do polskich warunków szacowano sprawdzając związek pomiędzy płcią oraz hazardem patologicznym mierzonym przy pomocy polskiej wersji SOGS-RA (Winters, Stinchfield, Fulkerson, 1993; w polskiej adaptacji Niewiadomska, Augustynowicz, Palacz-Chrisidis, Bartczuk, Wiechetek, Chwaszcz, 2013; alfa-Cronbacha = 0,90). Zakładano różnice w wynikach GABS z uwagi na płeć, jak również pozytywny związek GABS z SOGS-RA.

W badaniach korelatów GABS ujawniono, że mężczyźni uzyskali istotnie wyższe wyniki od kobiet ($M_{\text{kobiety}} = 60,36$ ($SD = 27,31$); $M_{\text{mężczyźni}} = 67,95$ ($SD = 28,92$); $t(464)=2,89$; $p=0,004$).

Stwierdzono również występowanie dodatniej zależności między skłonnością do hazardu a podejmowaniem patologicznych zachowań hazardowych mierzonych za pomocą SOGS-RA ($n=250$; $r=0,43$; $p<0,001$). Powyższe wyniki wskazują na trafność teoretyczną polskiej wersji GABS.

Normalizacja

Normalizację wyników skali GABS przeprowadzono na podstawie badań grupy 466 osób, w wieku 17-21 lat, stanowiących próbę reprezentatywną uczniów szkół średnich województwa lubelskiego (por. Wprowadzenie, p 2.), które stwierdziły, że grały w gry hazardowe w ciągu ostatnich 6 miesięcy oraz udzieliły odpowiedzi na co najmniej 80% pozycji GABS. Braki danych uzupełniono medianą z pozostałych odpowiedzi. W ostatecznej próbie normalizacyjnej znalazło się 42,3% kobiet, średni wiek wyniósł 18,6 lat ($SD= 0,39$). Średnie wyniki grupy normalizacyjnej zamieszczono w Tabeli 2.

Tabela 2. Rozkład wyników GABS z uwzględnieniem podziału na płeć.

		Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Skośność	Kurtoza	Shapiro-Wilk	df	Istotność
GABS	kobiety	60,3655	27,31372	38,00	135,00	1,785	1,971	0,671	197	<0,001
	mężczyźni	67,9517	28,92595	40,00	131,00	1,126	,055	0,797	269	<0,001

W wyodrębnionych grupach z uwagi na płeć uzyskano rozkłady prawoskośne. Ujawniono występowanie silnych różnic międzypłciowych. Opracowując normy zdecydowano się na ich przygotowanie oddzielnie dla kobiet i mężczyzn. Z uwagi na brak normalności rozkładów w GABS wyniki grupy normalizacyjnej przekształcono na jednostki standaryzowane w skali centylowej (Mańkowska, 2010). Normy przedstawiono w Tabeli 3.

Tabela 3. Orientacyjne normy centylowe dla Kwestionariusza Przekonań i Postaw wobec Hazardu (GABS)

Wynik surowy	Ranga centylowa		Wynik surowy	Ranga centylowa		Wynik surowy	Ranga centylowa	
	kobiety	mężczyźni		kobiety	mężczyźni		kobiety	mężczyźni
38	0	0	71	77	65	104	89	85
39	0	0	72	78	65	105	89	86
40	1	0	73	79	66	106	89	86
41	3	1	74	80	68	107	89	86
42	6	2	75	81	69	108	89	86
43	9	2	76	81	70	109	89	86
44	28	18	77	82	70	110	89	86
45	48	34	78	82	71	111	89	86
46	50	36	79	82	72	112	89	86
47	52	38	80	83	73	113	89	87
48	54	40	81	84	73	114	89	87
49	56	41	82	85	74	115	89	87
50	58	42	83	85	74	116	89	87
51	59	43	84	85	75	117	89	87
52	60	44	85	86	76	118	89	87
53	61	45	86	86	77	119	89	87
54	63	46	87	87	79	120	89	87
55	64	47	88	87	80	121	89	87
56	66	48	89	88	80	122	89	88
57	68	49	90	88	81	123	89	88
58	69	51	91	88	81	124	89	88
59	70	52	92	88	82	125	89	88
60	70	52	93	88	83	126	89	88
61	70	53	94	88	83	127	89	88
62	71	54	95	88	83	128	90	88
63	72	56	96	88	83	129	90	89
64	73	57	97	88	84	130	90	89
65	74	58	98	88	84	131	94	94
66	75	60	99	88	84	132	98	100
67	76	62	100	88	84	133	98	100
68	76	63	101	88	84	134	99	100
69	77	63	102	88	85	135	99	100
70	77	64	103	89	85			

SPOSÓB PROWADZENIA BADANIA I INTERPRETACJI GABS

Opis skali

Skala GABS zawiera 35 stwierdzeń. Badany ocenia, w jakim stopniu poszczególne twierdzenia pasują do tego, co czuje. Odpowiedzi udzielane są w czterostopniowym formacie:

1. Zdecydowanie się nie zgadzam
2. Nie zgadzam się
3. Zgadzam się
4. Zdecydowanie się zgadzam

Arkusz GABS zawiera metryczkę (pytania o imię, nazwisko, wiek, płeć i datę badania) oraz instrukcję.

Skala GABS jest użytecznym narzędziem pozwalającym na badanie postaw i przekonań dotyczących hazardu w aspekcie podatności do podejmowania zachowań hazardowych (pozytywna społeczna autoprezentacja uzyskiwana dzięki hazardowi, iluzja kontroli, wiara w szczęście) (Strong i in., 2004). Metoda składa się z jednego wymiaru tworzonego przez 35 pozycji.

Skala GABS przeznaczona jest dla osób uprawiających hazard. Oryginalna wersja wykorzystywana była do badania różnych grup wiekowych. Opisywana adaptacja przygotowana została dla młodzieży szkół średnich i do tej grupy odnoszą się opisane w niniejszym podręczniku normy.

Sposób badania

Badanie za pomocą GABS można prowadzić indywidualnie lub grupowo, zgodnie z regułami opisanymi we Wprowadzeniu (p. 3).

W badaniu indywidualnym prosimy osobę badaną o wypełnienie metryczki i przeczytanie instrukcji i upewniamy się, czy zrozumiała polecenia. Jeśli nie ma żadnych pytań – przechodzi do wypełnienia kwestionariusza testowego.

Przeciętny czas badania za pomocą skali GABS wynosi około 10-12 minut.

Obliczanie i interpretacja wyników

Wszystkie uzyskane od badanego oceny (od 1 do 4) w poszczególnych twierdzeniach podlegają zsumowaniu. Przed obliczeniem wyniku ogólnego należy jednak odwrócić trzy twierdzenia (3, 11, 22) i przypisać odpowiednie wartości punktowe. Jeżeli w tych twierdzeniach osoba zaznaczyła 4 – punkujemy 1, jeżeli 3 – przypisujemy 2, jeżeli 2 – przypisujemy 3, a jeżeli 1 do sumy końcowej dodajemy 4. Po dodaniu wszystkich punktów w skali GABS wpisujemy je do tabeli wyników jako Wynik Surowy. Im wyższy wynik, tym wyższy stopień skłonności do podejmowania gier hazardowych.

Wynik badania można odnieść do wyników średnich umieszczonych w Tabeli 2. oraz do norm centylowych zamieszczonych w Tabeli 3. Rangę centylową zapisujemy na arkuszu w tabeli wyników jako Wynik Przeliczony. Np. jeżeli badana kobieta uzyskała wynik surowy wynoszący 43 to jej wynik centylowy będzie wynosił 9 i może zostać zaliczony do niskich.

W interpretacji wyniku należy odnieść się do cech skali centylowej, zgodnie z którą:

1. wynik poniżej 3 centyla traktuje się jako wynik bardzo niski
2. wynik między 3 a 25 centylem – wynik niski
3. wynik między 26 a 75 centylem – wynik przeciętny
4. wynik między 76 a 97 centylem – wynik wysoki
5. wynik powyżej 97 centyla – wynik bardzo wysoki.

W Tabeli 4. znajdują się opisy interpretacyjne uzyskanych wyników bardzo niskich, niskich, przeciętnych, wysokich i bardzo wysokich GABS.

Tabela 4. Opis interpretacyjny uzyskany w metodzie GABS

Rodzaj wyniku	Interpretacja
Bardzo niski	Badanego cechuje bardzo niska skłonność do angażowania się w gry hazardowe.
Niski	Badanego cechuje niska skłonność do angażowania się w gry o charakterze hazardowym.
Przeciętny	Badany w przeciętnym stopniu jest skłonny podejmować aktywność hazardową.
Wysoki	Badany w stopniu wysokim jest podatny na udział w grach hazardowych. Może być przekonany o kontrolowaniu sytuacji w trakcie aktywności hazardowej. Wierzy w szczęście a korzystanie z gier hazardowych traktuje jako możliwość poprawienia sobie nastroju.
Bardzo wysoki	Osoba badana jest w bardzo dużym stopniu skłonna do podejmowania aktywności hazardowej. Jest nadmiernie przekonana o możliwości kontrolowania wyników gier losowych. Ma bardzo nierealistyczne przekonanie dotyczące swojego szczęścia podczas grania. Traktuje hazard jako możliwość poprawienia sobie nastroju i redukcji niekorzystnych stanów emocjonalnych.

BIBLIOGRAFIA:

- Barrault S., Varescon I. (2012). Cognitive distortions and gambling behaviours: State of the question. *Psychologie française*, 57, 17–29.
- Bouju G1, Hardouin JB, Boutin C, Gorwood P, Le Bourvellec JD, Feuillet F, Venisse JL, Grall-Bronnec M. (2014). A shorter and multidimensional version of the Gambling Attitudes and Beliefs Survey (GABS-23). *J Gambl Stud*, 30(2):349-67.
- Breen, R. B., & Zuckerman, M. (1999). "Chasing" in gambling behavior: Personality and cognitive determinants. *Personality and Individual Differences*, 27, 1097–1111.

- Delfabbro, P., Lahn, J., Grabosky, P. (2006). It's not what you know but how you use it: statistical knowledge and adolescent problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 22, 179–193.
- Gaëlle Challet-Bouju, Jean-Benoit Hardouin, Jean-Luc Vénisse, Lucia Romo, Marc Valleur, David Magalon, Méline Fatséas, Isabelle Chéreau-Boudet, Mohamed-Ali Gorsane, JEU Group and Marie Grall-Bronnec. Study protocol: the JEU cohort study – transversal multiaxial evaluation and 5-year follow-up of a cohort of French gamblers. *BMC Psychiatry*, 14, 226.
- Hahn C., Wilson T. D., McRae K., Gilbert D. T. (2013). Show Me the Money: Vulnerability to Gambling Moderates the Attractiveness of Money Versus Suspense. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 39, 1259.
- Joukhador, J., Blaszczynski, A., Maccallum, F. (2004). Superstitious beliefs in gambling among problem and non problem gamblers: preliminary data. *Journal of Gambling Studies*, 20 (2), 171–180.
- Ladouceur, R., Gaboury, A., Dumont, M., Rochette, P. (1987). Gambling: relationship between the frequency of win and irrational thinking. *The Journal of Psychology*, 122 (4), 409–414.
- Ladouceur, R., Sévigny, S. (2005). Structural characteristics of video lotteries: effects of a stopping device on illusion of control and gambling persistence. *Journal of Gambling Studies*, 21 (2), 117–132.
- Ladouceur, R., Walker, M., (1996). A cognitive perspective on gambling (89–120). In: Salkovskis, P.M. (Ed.), *Trends in cognitive and behavioural therapies*. New York, Wiley.
- Langer, E., Roth, J. (1975). Heads I win, tails it's chance: the illusion of control as a function of the sequence of outcomes in a purely chance task. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32 (6), 951–955.
- Ligneul R., Sescousse G., Barbalat G., Domenech P., Dreher J.C.. (2012). Shifted risk preferences in pathological gambling. *Psychological Medicine*, 1, 10.
- Mańkowska, M. (2010). *Wprowadzenie do psychometrii*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Strong D. R., Breen R. B., Lejuez C.W. (2004). Using item response theory to examine gambling attitudes and beliefs. *Personality and Individual Differences*, 36, 1515–1529.
- Toneatto, T., Blitz-Miller, T., Calderwood, K., Dragonetti, R., Tsanos, A. (1997). Brief report: cognitive distortions on heavy gambling. *Journal of Gambling Studies*, 13 (3), 253–266.

	Wynik Surowy	Ranga Centylowa
GABS – wynik ogólny		

Data badania Imię i nazwisko.....

Wiek..... Płeć: K M

R. B. Breen i M. Zuckerman

GABS

w polskiej adaptacji I. Niewiadomskiej, W. Augustynowicz, A. Palacz-Chrisidis, R. Bartczuka, M. Wiechetka i J. Chwaszcz.

Przy twierdzeniach od 1 do 35 zaznacz cyfrę, która najtrafniej opisuje jak się czujesz.

Zdecydowanie się nie zgadzam 1	Nie zgadzam się 2	Zgadzam się 3	Zdecydowanie zgadzam się 4
--------------------------------------	----------------------	------------------	----------------------------------

1.	Hazard daje mi poczucie, że naprawdę żyję.	1	2	3	4
2.	Jeśli nie wygrałem przez jakiś czas żadnego z obstawionych zakładów, to prawdopodobnie dlatego, że czeka mnie duża wygrana.	1	2	3	4
3.	Nie sposób przewidzieć, czy będę miał szczęście czy pecha.	1	2	3	4
4.	Szanuję osoby, które, obstawiając bardzo duże stawki, pozostają spokojne i opanowane.	1	2	3	4
5.	Czasami podczas grania w gry hazardowe tracę poczucie czasu.	1	2	3	4
6.	Wiem, kiedy mam dobrą passę.	1	2	3	4
7.	Kiedy gram w gry hazardowe, ważne jest abym przejawiał spokój, nawet jeśli nie czuję się spokojny.	1	2	3	4
8.	Niektórzy ludzie są pechowcami.	1	2	3	4
9.	Czuję się wspaniale, gdy wygrywam zakład.	1	2	3	4
10.	Ważne jest, abym czuł się pewnie, kiedy gram.	1	2	3	4
11.	Granie hazardowe jest nudne.	1	2	3	4
12.	Niektórzy ludzie przynoszą mi szczęście, jeśli są przy mnie podczas gry.	1	2	3	4
13.	Ludzie, którzy grają w gry hazardowe, są bardziej odważni i lubiący ryzyko, niż ci, którzy nigdy nie grają.	1	2	3	4
14.	Nie lubię rezygnować z gry, kiedy przegrywam.	1	2	3	4
15.	Potrzeba pewnej wprawy, żeby zacząć odnosić sukcesy w grze w kości.	1	2	3	4
16.	Czasami po prostu wiem, że będę miał szczęście.	1	2	3	4
17.	Ludzie, którzy obstawiają duże zakłady, bywają bardzo seksowni.	1	2	3	4
18.	Jeśli nigdy nie doświadczyłeś emocji, jakich dostarcza obstawienie dużego zakładu, to nigdy tak naprawdę nie żyłeś.	1	2	3	4
19.	Bez względu na rodzaj gry, istnieją strategie obstawiania, które pomagają wygrać.	1	2	3	4

20.	Kiedy grałem, miałem przy sobie talizman.	1	2	3	4
21.	Jeśli przegrywam, to ważne, żebym okazywał spokój.	1	2	3	4
22.	Zazwyczaj nie jestem bardzo podekscytowany, kiedy gram.	1	2	3	4
23.	Ruletka wymaga większych umiejętności niż gra na loterii.	1	2	3	4
24.	Kasyna są eleganckimi, ekscytującymi miejscami.	1	2	3	4
25.	Jeśli ostatnio dopisywało mi szczęście, to następnym razem powinienem obstawić więcej.	1	2	3	4
26.	Czuję złość, gdy przegrywam, grając w gry hazardowe.	1	2	3	4
27.	Jeśli mam zły nastrój, hazard prawdopodobnie mi go poprawi.	1	2	3	4
28.	Muszę być obeznany z grą, jeśli zamierzam wygrać.	1	2	3	4
29.	Niektórzy ludzie mogą przynosić innym pecha.	1	2	3	4
30.	Ważne, żebym postępował w pewien określony sposób, kiedy wygrywam.	1	2	3	4
31.	Jeśli przegrywam, ważne jest, abym grał, aż się odegram.	1	2	3	4
32.	Żeby wygrywać, muszę umieć ocenić, czy mam dobrą czy złą passę.	1	2	3	4
33.	Jeśli ostatnio przegrałem zakłady, to znaczy, że moje szczęście na pewno się odwróci.	1	2	3	4
34.	Jest ważne, aby być łaskawym zwycięzcą.	1	2	3	4
35.	Lubię hazard, ponieważ pomaga mi zapomnieć o problemach dnia codziennego.	1	2	3	4

SKALA MYŚLI ZWIĄZANYCH Z HAZARDEM – GRCS

PRZEKONANIA I BŁĘDY POZNAWCZE ZWIĄZANE Z HAZARDEM

Badania konsekwentnie dostarczają dowody łączące nałogowy hazard z błędnymi przekonaniami na temat hazardu (Hardoon i in., 2001; Hardoon i Derevensky, 2002). Problemowi gracze często charakteryzują się zniekształceniami poznawczymi dotyczącymi hazardu, takimi jak: przesady dotyczące szczęścia, iluzja kontroli wyników gier, brak akceptacji co do niezależności zdarzeń losowych (Hardoon i Derevensky, 2002). Zaburzeni gracze mają tendencję do usprawiedliwiania przegranych, jak również błędnie rozumieją matematyczne szanse na wygraną i przegraną. Zniekształcenia poznawcze w przypadku graczy hazardowych mają charakter błędnych automatycznych myśli, mniej lub bardziej świadomych, które powstają na bazie określonych przekonań dotyczących grania hazardowego (Raylu i Oei, 2004). Przekonania te zapisane są w postaci schematów poznawczych wyrażających posiadaną przez osobę reprezentację rzeczywistości.

Rola procesów poznawczych związanych z hazardem w ostatnim czasie zwraca uwagę wielu badaczy (Sharpe, 2002; Toneatto i in., 1997). Sugeruje się, że błędne przekonania na temat hazardu zwiększają prawdopodobieństwo angażowania się w gry hazardowe i stanowią potężny czynnik ryzyka problemowego grania (Hardoon i Derevensky, 2002; Moore i Ohtsuka, 1999). Jedna z metaanaliz 35 badań z wykorzystaniem pomiarów kwestionariuszowych na temat zniekształceń poznawczych, pokazała, że wszystkie pomiary były statystycznie związane z patologicznym hazardem (Coodie i Fortune, 2013). Przekonania na temat hazardu były związane z rozwojem i utrzymaniem problemowego hazardu (Raylu i Oei, 2004; Xian i in., 2008). Liczne badania wykazały, że problemowi gracze częściej mieli błędne myśli na temat hazardu, niż osoby niegrające (Raylu i Oei, 2002; Toneatto i in., 1997). Badania wykazują, że zniekształcenia poznawcze mogą nasilać intensywność grania, a w konsekwencji podnosić ryzyko rozwoju uzależnienia od gry (Minet i in., 2004; Chevalier i in., 2004; Joukhador, Błaszczński, Maccalum, 2004; Griffiths, 1996; Caron, Ladouceur, 2003; Gilovich, 1983; Giroux i in., 2000).

KONSTRUKCJA GRCS

Skala Myśli Związanych z Hazardem (*Gambling Related Cognitions Scale* – GRCS) jest jedną ze standaryzowanych metod, za pomocą których na świecie dokonuje się pomiaru błędów poznawczych (Raylu, Oei, 2004). Składa się ona z 5 podskal odpowiadających pięciu błędom poznawczym związanym z hazardem: postrzeganie możliwości zaprzestania gry, kontrola predykcyjna, oczekiwania hazardowe, błędy interpretacyjne oraz iluzja kontroli (O'Connor, Dickerson, 2003). Jest to kwestionariusz samoopisowy, który bada podatność na powszechnie występujące zniekształcenia poznawcze związane z graniem hazardowym:

- niemożność przerwania gry – określenie na ile osoba jest w stanie przestać grać,
- kontrola predykcyjna – przekonanie, że można przewidzieć, kiedy wynik gry będzie pozytywny,
- oczekiwania hazardowe – oczekiwanie konkretnych korzyści wynikających z grania,
- błędy interpretacyjne – przeformułowanie wyników gry, tak by zachęcały do dalszego grania,
- iluzja kontroli – przekonanie o posiadaniu wpływu na wynik gry.

W przeciwieństwie do zorientowanych klinicznie skal hazardowych, takich jak South Oaks Gambling Screen, wyniki GRCS dobrze rozkładają się w populacji osób bez problemowego grania (Raylu i Oei, 2004).

Wersja oryginalna GRCS składa się z 23 itemów, które składają się na 5 podskal:

- Iluzja Kontroli (GRCS-IC; 4 pozycje, np. *mam konkretne rytuały i zachowania, które zwiększają moje szanse na wygraną*);
- Kontrola Predykcyjna (GRCS-PC; 6 pozycji, np. *po stracie podczas uprawiania hazardu na pewno pojawi się seria zwycięstw*);
- Błędy Interpretacyjne (GRCS-IB; 4 pozycje, np. *porównanie moich wygranych do moich umiejętności i zdolności, skłania mnie do dalszego grania*);
- Oczekiwania Hazardowe (GRCS-GE; 4 pozycje, np. *granie w gry hazardowe zmniejsza napięcie i stres*);
- Niemożność Przerwania Gry (GRCS-IS; 5 pozycji, np. *moje pragnienie grania jest bardzo silne*).

Raylu i Oei (2004) uzyskali wysokie współczynniki wewnętrznej spójności w całej skali GRCS ($\alpha = 0,93$), jak również w odniesieniu do pięciu podskal ($\alpha = 0,77-0,91$).

BADANIA Z WYKORZYSTANIEM GRCS

Metoda GRCS jest szeroko wykorzystywana w badaniach populacji graczy hazardowych. Moodie i Finnigan (2006) prowadzili badania porównując kobiety i mężczyzn pod względem posiadanych przekonań na temat hazardu oraz grania problemowego. Wyniki badań przy użyciu skali GRCS pokazały, że mężczyźni znacząco częściej osiągalili wyniki wyższe od kobiet oraz są bardziej narażeni na hazard problemowy.

W niedawnych badaniach Taylor i współpracownicy (2014) oceniali przekonania na temat hazardu z wykorzystaniem metody GRCS, aby określić prawdopodobieństwo wystąpienia grania problemowego w dużej grupie Kanadyjczyków. Jak się okazało wyniki GRCS wyjaśniają jedną trzecią wariancji objawów patologicznego hazardu. Osoby z wyższym wynikiem GRCS przejawiały znacząco więcej objawów grania problemowego (Taylor i in., 2014). Badania te są zbieżne z wcześniejszymi badaniami prowadzonymi w grupie adolescentów, łączącymi granie problemowe z iluzją kontroli (Moore i Ohtsuka, 1999), postrzeganiem niemożliwości zaprzestania hazardu i oczekiwaniami hazardowymi (Tang i Wu, 2012). Również poprzednie badania prowadzone wśród dorosłych wskazujące na silny związek przekonań na temat hazardu z graniem patologicznym, są zbieżne z przytoczonymi powyżej wynikami (Oei i in., 2007; Raylu i Oei, 2004).

WŁAŚCIWOŚCI PSYCHOMETRYCZNE POLSKIEJ ADAPTACJI GRCS

Struktura wewnętrzna

Analiza struktury wewnętrznej GRCS została przeprowadzona za pomocą eksploracyjnej analizy czynnikowej, uzyskanej na wynikach 474 osób, które wypełniły GRCS. Próba odzwierciedlenia oryginalnej struktury skali poprzez wyłonienie 5 czynników ortogonalnych nie powiodła się. Powtórna analiza czynnikowa wyłoniła 2 czynniki, które wyjaśniały łącznie 70,6% wariancji. Po przeprowadzeniu rotacji skośnej oblimin na macierzy ładunków czynnikowych otrzymane czynniki zidentyfikowano jako: Niemożność Przerwania Gry/Błędy Interpretacyjne/Iluzja kontroli oraz Kontrola Predykcyjna (por. Tabela 1.). Czynniki wysoko korelują ze sobą ($r=0,8$)

Tabela 1. Analiza czynnikowa GRCS. Macierz ładunków czynnikowych.

pozycja	nr czynnika	Czynnik 1	Czynnik 2	czynnik oryginalny
GRCS07	1	0,999		GRCS-IS
GRCS17	1	0,999		GRCS-IS
GRCS12	1	0,917		GRCS-IS
GRCS02	1	0,870		GRCS-IS
GRCS21	1	0,855		GRCS-IS
GRCS10	1	0,833		GRCS-IB
GRCS15	1	0,810		GRCS-IB
GRCS18	1	0,771		GRCS-IC
GRCS08	1	0,742		GRCS-IC
GRCS11	1	0,718		GRCS-GE
GRCS03	1	0,674		GRCS-IC
GRCS13	1	0,650		GRCS-IC
GRCS23	1	0,551		GRCS-PC
GRCS06	1	0,547		GRCS-GE
GRCS14	2		0,929	GRCS-PC
GRCS04	2		0,917	GRCS-PC
GRCS09	2		0,796	GRCS-PC
GRCS05	2		0,738	GRCS-IB
GRCS22	2		0,738	GRCS-PC
GRCS19	2		0,660	GRCS-PC
GRCS01	2		0,640	GRCS-GE
GRCS20	2		0,573	GRCS-IB
GRCS16	2		0,536	GRCS-GE
Skróty podskal oryginalnej wersji GRCS: GRCS-IS Inability to stop gambling GRCS-IB Interpretive bias GRCS-IC Illusion of control GRCS-GE Gambling expectancies GRCS-PC Predictive control				

Pozycje pierwszego czynnika składają się ze stwierdzeń, które oryginalnie należały do trzech podskal: Niemożność Przerwania Gry, Błędy Interpretacyjne oraz Iluzja kontroli. Największe ładunki czynnikowe uzyskały w nowym czynniku pozycje z podskali Niemożność Przerwania Gry. Trzon czynnika drugiego stanowią pozycje z oryginalnej podskali Kontrola Predykcijna. Różnice pomiędzy strukturą oryginalnej wersji GRCS i jej polskiej adaptacji mogą odzwierciedlać różnice międzykulturowe bądź procesy rozwojowe. Skala GRCS została skonstruowana i zwalidowana na dorosłych. Być może w okresie dorastania błędy poznawcze dotyczące hazardu nie są jeszcze dobrze zróżnicowane z wyjątkiem błędu kontroli predykcyjnej.

Rzetelność

Rzetelność skali GRCS oszacowano na próbie 474 osób. Współczynnik alfa-Cronbacha wyniósł 0,94 dla Niemożność Przerwania Gry/Błędy Interpretacyjne/Iluzja kontroli, 0,90 – dla Kontroli

Predykcyjnej oraz 0,95 dla całej skali. Są to wyniki wysokie. Wskaźnik stałości skali, ustalony w dwukrotnym badaniu grupy 50 osób w odstępie 4 tygodni, wyniósł 0,85.

Rzetelność wersji oryginalnej GRCS szacowana na próbie osób dorosłych wynosi 0,93 (Raylu, Oei, 2004).

Trafność

GRCS służy do oszacowania poziomu ulegania szeregowi błędów poznawczych, dotyczących hazardu. Trafność teoretyczną polskiej wersji skali szacowano analizując jej związki ze zmiennymi, które są powiązane z uleganiem błędom poznawczym. Były to: płeć oraz hazard patologiczny mierzony przy pomocy polskiej wersji SOGS-RA (Winters, Stinchfield, Fulkerson, 1993; w polskiej adaptacji Niewiadomska, Augustynowicz, Palacz-Chrisidis, Bartczuk, Wiechetek, Chwaszcz, 2013; alfa-Cronbacha = 0,90). W przypadku obu tych zmiennych obserwowano zależności oryginalnej GRCS (Raylu i Oei, 2004). Oczekiwano, że mężczyźni uzyskają wyniki wyższe w GRCS i, że wyniki tej skali będą pozytywnie skorelowane z hazardem patologicznym.

W badaniach korelatów GRCS stwierdzono, że w obu podskalach mężczyźni uzyskali istotnie wyższe wyniki od kobiet (Niemożność Przerwania Gry/Błędy Interpretacyjne/Iluzja Kontroli: $M_{\text{kobiety}} = 15,24$ (SD = 3,42); $M_{\text{mężczyźni}} = 21,85$ (SD = 14,95); $t(70,914) = -3,30$; $p = 0,002$; Kontrola Predykcyjna: $M_{\text{kobiety}} = 10,61$ (SD = 3,82); $M_{\text{mężczyźni}} = 15,02$ (SD = 10,53); $t(83,443) = -2,93$; $p = 0,004$). Należy przy tym zauważyć, że rozkłady mężczyzn charakteryzowały się ponadto znacznie większą dyspersją wyników od rozkładów kobiet (Niemożność Przerwania Gry/Błędy Interpretacyjne/Iluzja Kontroli: $F = 22,383$; $p < 0,001$; Kontrola Predykcyjna: $F = 17,214$; $p < 0,001$).

Stwierdzono również występowanie dodatniej zależności między błędami poznawczymi a hazardem patologicznym mierzonym za pomocą SOGS-RA ($n = 93$; $r = 0,47$; $p < 0,001$ dla Niemożność Przerwania Gry/Błędy Interpretacyjne/Iluzja Kontroli; $r = 0,52$; $p < 0,001$ dla Kontroli Predykcyjnej). Wyniki te wskazują na trafność teoretyczną polskiej wersji GRCS w badanym zakresie.

Normalizacja

Normalizację wyników skali GRCS przeprowadzono na podstawie badań grupy 474 badanych, w wieku 17-21 lat, stanowiących próbę reprezentatywną uczniów szkół średnich województwa lubelskiego (por. Wprowadzenie, p 2.), którzy stwierdzili, że grali w gry hazardowe w ciągu ostatnich 6 miesięcy oraz udzielili odpowiedzi na co najmniej 80% pozycji GRCS. Braki danych uzupełniono medianą z pozostałych odpowiedzi. W ostatecznej próbie normalizacyjnej znalazło się 43% kobiet,

średni wiek wyniósł 18,1 lat ($SD = 0,34$). Średnie wyniki grupy normalizacyjnej zamieszczono w Tabeli

2.

Tabela 2. Średnie wyniki grupy normalizacyjnej

		Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Skośność	Kurtoza	Shapiro-Wilk	df	Istotność
GRCS_I	kobiety	16,42	9,295	14	92	5,735	36,842	0,282	204	<0,001
	mężczyźni	20,87	15,264	14	98	3,069	9,964	0,519	270	<0,001
GRCS_II	kobiety	11,76	7,610	9	63	4,008	18,665	0,421	204	<0,001
	mężczyźni	15,65	10,864	9	63	2,102	4,684	0,677	270	<0,001
GRCS_X	kobiety	28,18	16,474	23	155	5,134	30,307	0,349	204	<0,001
	mężczyźni	36,52	25,157	23	161	2,779	8,608	0,601	270	<0,001

Uzyskano rozkłady prawoskośne. Stwierdzono obecność statystycznie istotnych różnic międzypłciowych. Normalizację przeprowadzono zatem dla kobiet i mężczyzn osobno. Wyniki badań grupy normalizacyjnej przekształcono na jednostki standaryzowane w skali centylowej ze względu na brak założenia o normalnym rozkładzie błędów poznawczych w populacji (Mańkowska, 2010). Normy zamieszczono w Tabelach 3-5.

Tabela 3. Orientacyjne normy centylowe dla wymiaru Niemożność Przerwania Gry/Błędy Interpretacyjne/Iluzja Kontroli (GRCS)

Wynik surowy	Ranga centylowa		Wynik surowy	Ranga centylowa		Wynik surowy	Ranga centylowa	
	kobiety	mężczyźni		kobiety	mężczyźni		kobiety	mężczyźni
14	0	0	46	97	92	78	99	98
15	80	63	47	97	92	79	99	98
16	84	65	48	97	92	80	99	98
17	86	67	49	97	93	81	99	98
18	88	71	50	97	93	82	99	98
19	90	73	51	97	93	83	99	98
20	92	75	52	97	93	84	99	98
21	93	76	53	97	93	85	99	98
22	94	78	54	98	93	86	99	98
23	94	80	55	98	94	87	99	98
24	94	81	56	98	94	88	99	98
25	94	82	57	99	95	89	99	98
26	95	82	58	99	95	90	99	98
27	95	83	59	99	95	91	99	98
28	95	85	60	99	95	92	99	98
29	96	86	61	99	96	93	100	98
30	96	87	62	99	96	94	100	98
31	96	87	63	99	96	95	100	98
32	96	88	64	99	96	96	100	98
33	96	88	65	99	96	97	100	98
34	96	89	66	99	96	98	100	99
35	96	89	67	99	96			

Wynik surowy	Ranga centylowa		Wynik surowy	Ranga centylowa		Wynik surowy	Ranga centylowa	
	kobiety	mężczyźni		kobiety	mężczyźni		kobiety	mężczyźni
36	96	89	68	99	97			
37	96	90	69	99	97			
38	96	90	70	99	97			
39	96	90	71	99	97			
40	96	90	72	99	97			
41	97	91	73	99	97			
42	97	91	74	99	97			
43	97	92	75	99	98			
44	97	92	76	99	98			
45	97	92	77	99	98			

Tabela 4. Orientacyjne normy centylowe dla wymiaru Kontrola Predykcyjna (GRCS)

Wynik surowy	Ranga centylowa		Wynik surowy	Ranga centylowa		Wynik surowy	Ranga centylowa	
	kobiety	mężczyźni		kobiety	mężczyźni		kobiety	mężczyźni
9	0	0	28	95	87	47	99	97
10	75	55	29	96	88	48	99	97
11	78	57	30	96	89	49	99	97
12	81	59	31	96	89	50	99	98
13	84	62	32	96	90	51	99	98
14	86	65	33	96	91	52	99	98
15	87	66	34	96	91	53	99	98
16	88	67	35	96	92	54	99	98
17	88	69	36	96	93	55	99	98
18	89	72	37	97	93	56	99	98
19	90	75	38	97	94	57	99	98
20	90	77	39	98	95	58	99	98
21	92	79	40	98	95	59	99	98
22	93	81	41	98	96	60	99	98
23	93	82	42	98	96	61	99	98
24	94	83	43	99	97	62	99	98
25	94	83	44	99	97	63	99	99
26	94	84	45	99	97			
27	94	85	46	99	97			

Tabela 5. Orientacyjne normy centylowe dla Wyniku ogólnego (GRCS)

Wynik surowy	Ranga centylowa		Wynik surowy	Ranga centylowa		Wynik surowy	Ranga centylowa	
	kobiety	mężczyźni		kobiety	mężczyźni		kobiety	mężczyźni
23	0	0	71	96	92	119	99	97
24	72	52	72	96	92	120	99	97
25	75	54	73	96	92	121	99	97
26	77	57	74	96	92	122	99	97
27	80	58	75	96	92	123	99	97
28	82	60	76	96	92	124	99	97

Wynik surowy	Ranga centylowa		Wynik surowy	Ranga centylowa		Wynik surowy	Ranga centylowa	
	kobiety	mężczyźni		kobiety	mężczyźni		kobiety	mężczyźni
29	84	62	77	97	92	125	99	97
30	85	63	78	97	92	126	99	97
31	86	64	79	97	92	127	99	97
32	86	65	80	97	93	128	99	97
33	87	65	81	97	93	129	99	97
34	87	67	82	97	93	130	99	97
35	87	69	83	97	93	131	99	97
36	88	70	84	97	93	132	99	98
37	89	71	85	97	93	133	99	98
38	90	72	86	97	93	134	99	98
39	90	73	87	97	93	135	99	98
40	91	75	88	97	93	136	99	98
41	91	75	89	97	93	137	99	98
42	92	75	90	97	93	138	99	98
43	93	76	91	97	94	139	99	98
44	93	77	92	98	94	140	99	98
45	94	78	93	98	94	141	99	98
46	95	81	94	98	95	142	99	98
47	95	82	95	98	95	143	99	98
48	95	83	96	99	95	144	99	98
49	95	84	97	99	95	145	99	98
50	95	84	98	99	96	146	99	98
51	95	85	99	99	96	147	99	98
52	95	85	100	99	96	148	99	98
53	96	85	101	99	96	149	99	98
54	96	86	102	99	96	150	99	98
55	96	86	103	99	96	151	99	98
56	96	87	104	99	97	152	99	98
57	96	87	105	99	97	153	99	98
58	96	87	106	99	97	154	99	98
59	96	88	107	99	97	155	99	98
60	96	88	108	99	97	156	100	98
61	96	88	109	99	97	157	100	98
62	96	88	110	99	97	158	100	98
63	96	89	111	99	97	159	100	98
64	96	89	112	99	97	160	100	98
65	96	89	113	99	97	161	100	99
66	96	90	114	99	97			
67	96	90	115	99	97			
68	96	90	116	99	97			
69	96	91	117	99	97			
70	96	91	118	99	97			

SPOSÓB PROWADZENIA BADANIA I INTERPRETACJA GRCS

Opis skali

Skala GRCS zawiera 23 stwierdzenia. Badany ocenia w jakim stopniu zgadza się z każdym z nich na siedmiostopniowym formacie odpowiedzi:

1. Zdecydowanie nie zgadzam się
2. Nie zgadzam się
3. Raczej nie zgadzam się
4. Ani się zgadzam ani się nie zgadzam
5. Raczej zgadzam się
6. Zgadzam się
7. Zdecydowanie zgadzam się

Arkusz GRCS zawiera metryczkę (pytania o imię, nazwisko, wiek, płeć i datę badania) oraz instrukcję.

Skala GRCS jest użytecznym narzędziem do badania podatności na błędy poznawcze w odniesieniu do hazardu (Raylu i Oei, 2004). Składa się ona z dwóch podskali. W skład podskali Niemożność Przerwania Gry/Błędy Interpretacyjne/Iluzja Kontroli wchodzi 14 pozycji zaś w skład podskali Kontroli Predykccyjnej – 9 pozycji.

Skala GRCS służy do badania osób, które uprawiają hazard (w sposób problemowy lub nie). Wersja oryginalna GRCS jest przeznaczona do badania młodzieży i osób dorosłych, jednak obecna adaptacja została przeprowadzona na młodzieży szkół średnich i do tej grupy odnoszą się opisane w niniejszym podręczniku normy.

Sposób badania

Badanie za pomocą GRCS można prowadzić indywidualnie lub grupowo, zgodnie z regułami opisanymi we Wprowadzeniu (p. 3).

W badaniu indywidualnym prosimy osobę badaną o wypełnienie metryczki, przeczytanie instrukcji i upewniamy się, czy zrozumiała polecenia. Jeśli nie ma żadnych pytań – przechodzi do wypełnienia kwestionariusza testowego.

Przeciętny czas badania za pomocą skali GRCS wynosi około 10 minut.

Obliczanie i interpretacja wyników

Uzyskane od badanego oceny podlegają zsumowaniu w poszczególnych podskalach oraz wyniku globalnym zgodnie z kluczem zamieszczonym w Tabeli 6. Punkty uzyskane w poszczególnych pozycjach podskal GRCS sumujemy i wpisujemy do tabeli wyników jako Wynik Surowy. Im wyższy wynik, tym wyższy stopień podatności na błędy poznawcze dotyczące hazardu.

Tabela 6. Podskale GRCS i pozycje wchodzące w ich skład

Podskala			Pozycje
Niemожność Interpretacyjne/Iluzja Kontroli	Przerwania	Gry/Błędy	2,3,6,7,10,13,17,12,21,15,18,8,11,23
Kontrola Predykcjna			14,4,9,5,22,19,1,20,16
Wynik ogólny			1,2,5,4,9,7,14,16,17,12,20,21,22,10,15,18,19,8,11,3,13,23,6

Wynik badania można odnieść do wyników średnich umieszczonych w Tabeli 2. oraz do norm centylowych zamieszczonych w Tabelach 3.-5. Rangę centylową zapisujemy na arkuszu w tabeli wyników jako Wynik Przeliczony.

W interpretacji wyniku należy odnieść się do cech skali centylowej, zgodnie z którą:

1. wynik poniżej 3 centyla traktuje się jako wynik bardzo niski
2. wynik między 3 a 25 centylem – wynik niski
3. wynik między 26 a 75 centylem – wynik w normie
4. wynik między 76 a 97 centylem – wynik wysoki
5. wynik powyżej 97 centyla – wynik bardzo wysoki.

W Tabeli 7. znajdują się opisy interpretacyjne uzyskanych wyników bardzo niskich, niskich przeciętnych, wysokich i bardzo wysokich GRCS.

Tabela 7. Opisy interpretacyjne wyników uzyskanych w metodzie GRCS

Rodzaj wyniku	Interpretacja
Norma	Badanego cechuje niska podatność na błędy poznawcze związane z hazardem
Wysoki	Badany w wysokim stopniu jest podatny na błędy poznawcze związane z hazardem. Ryzyko wykształcenia się patologicznych form hazardu
Bardzo wysoki	Osoba badana jest w bardzo dużym stopniu skłonna do ulegania błędom poznawczym związanym z hazardem. Ryzyko wystąpienia hazardu patologicznego

BIBLIOGRAFIA

- Benhsain K, Taillefer A, Ladouceur R. 2004, Awareness of independence of events and erroneous perceptions while gambling, *Addictive Behaviors*, 29, s. 399-404.
- Blaszczynski, A., Huynh, S., Dumlao, V. J., & Farrell, E. (1998). Problem gambling within a Chinese speaking community. *Journal of Gambling Studies*, 14(4), 359–380.
- Caron A., Ladouceur R. 2003, Erroneous verbalizations and risk taking at video lotteries, *British Journal of Psychology*, 94(2), s. 189-194.
- Chevalier S., Hamel D., Ladouceur R., Jacques Ch., Allard D., Sévigny S. 2004, Comportements de jeu et jeu pathologique selon le type de jeu au Québec en 2002, Montréal et Québec: Institut national de santé publique du Québec et l'Université Laval, www.inspq.qc.ca.
- Gilovich T. (1983), Biased evaluation and persistence in gambling, *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, s. 1110-1126.
- Giroux I., Ladouceur R., Nouwen A., Jacques C. 2000, Modification des perceptions erronées relativement aux jeux de hasard et d'argent, *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 10, s. 53-62.
- Goodie, A. S., & Fortune, E. E. (2013). Measuring cognitive distortions in pathological gambling: Review and meta-analyses. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27, 730–743.
- Griffiths M. 1996, Pathological gambling: a review of the literature, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3, s. 347-353.
- Hardoon, K. K., & Derevensky, J. L. (2002). Child and adolescent gambling behaviour: Current knowledge. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7, 263–281.
- Hardoon, K. K., Baboushkin, H. R., Derevensky, J. L., & Gupta, R. (2001). Underlying cognitions in selection of lottery tickets. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 749–763.
- Joukhador J., Blaszczynski A., Maccalum F. 2004, Supersititious beliefs in gambling among problem and non-problem gamblers preliminary data, *Journal of Gambling Studies*, New York, 20(2), s. 171-180.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., & Leblond, J. (2003). Group therapy for pathological gamblers: A cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 587-596.
- Langer E. J. 1982, *The Illusion of Control, Judgment Under Uncertainty: Heuristics and Biases*. New York: Cambridge University Press.

- Mańkowska, M. (2010). *Wprowadzenie do psychometrii*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Minet S., Meijas S., Druine C., Somers W., Hoffmann E., Servais L., De Smet S., Delmarcelle C., Joris, L.,/ Fondation Rodin; Patesson R., Steinberg P. 2004, Du plaisir du jeu à la souffrance, Une enquête sur le jeu et la dépendance au jeu, Bruxelles: Université Libre de Bruxelles, Institut de Sociologie Centre de Psycho – Sociologie de l'Opinion, [www. ulb.ac.be/soco/creatic](http://www.ulb.ac.be/soco/creatic).
- Moodie, C., & Finnigan, F. (2006). Prevalence and correlates of youth gambling in Scotland. *Addiction Research and Theory*, 14, 365-385.
- Moore, S. M., & Ohtsuka, K. (1999). The prediction of gambling behaviour and problem gambling from attitudes and perceived norms. *Social Behaviour and Personality*, 27, 455-466.
- O'Connor J, Dickerson M (2003): Definition and measurement of chasing in off-course betting and gaming machine play. *J Gambl Stud* 19: 359-386
- Oei, T. P. S., Lin, J., & Raylu, N. (2007). Validation of the Chinese version of the Gambling Related Cognitions Scale (GRCS-C). *Journal of Gambling Studies*, 23, 309-322.
- Oei, T. P. S., Lin, J., & Raylu, N. (2007). Validation of the Chinese version of the Gambling Urges Scale (GUS-C). *International Gambling Studies*, 7, 101-111.
- Oei, T. P., Lin, J., & Raylu, N. (2007a). Validation of the Chinese version of the GUS-C. *International Gambling Studies*, 7(1), 101-111.
- Raylu, N., & Oei, T. P. (2002). Pathological gambling: A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 22(7), 1009-1061.
- Raylu, N., & Oei, T. P. (2004). Role of culture in gambling and problem gambling. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1087-1114.
- Raylu, N., & Oei, T. P. S. (2004). The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): Development, confirmatory factor validation, and psychometric properties. *Addiction*, 99, 757-769.
- Sharpe, L. (2002). A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling. *Clinical Psychology Review*, 22(1), 1-25.
- Toneatto, T., Blitz-Miller, T., Calderwood, K., Dragonetti, R., & Tsanos, A. (1997). Cognitive distortions in heavy gambling. *Journal of Gambling Studies*, 13(3), 253-266.

	Wynik Surowy	Ranga Centylowa
GRCS-NPG/BI/IK		
GRCS-KP		
GRCS-WO		

Data badania.....

Imię i nazwisko.....

Wiek

Płeć: K M

Namrata Raylu i Tian P. S. Oei

GRCS

w polskiej adaptacji I. Niewiadomskiej, W. Augustynowicz, A. Palacz-Chrisidis, R. P. Bartczuka, M. P. Wiechetka i J. Chwaszcz,

INSTRUKCJA

Na ile zgadzasz się z następującymi stwierdzeniami? Zaznacz swoją odpowiedź poprzez otoczenie kółkiem odpowiedniej cyfry, zgodnie z podaną niżej skalą.

1= Zdecydowanie nie zgadzam się

2 = Nie zgadzam się

3 = Raczej nie zgadzam się

4 = Ani się zgadzam ani się nie zgadzam

5 = Raczej zgadzam się

6 = Zgadzam się

7 = Zdecydowanie zgadzam się

1. Hazard sprawia, że jestem szczęśliwszy.	1	2	3	4	5	6	7
2. Nie mogę funkcjonować bez hazardu.	1	2	3	4	5	6	7
3. Modlitwa pomaga mi wygrać.	1	2	3	4	5	6	7
4. W grze hazardowej po przegranych musi nastąpić seria wygranych.	1	2	3	4	5	6	7
5. Wiążę moje wygrane ze swoimi umiejętnościami oraz zdolnościami i dlatego dalej gram w gry hazardowe.	1	2	3	4	5	6	7
6. Hazard sprawia, że rzeczy wydają się lepsze.	1	2	3	4	5	6	7
7. Trudno jest mi przestać grać, ponieważ już nie mam nad tym kontroli.	1	2	3	4	5	6	7
8. Określone numery i kolory pomagają mi zwiększyć szansę na wygraną.	1	2	3	4	5	6	7
9. Seria przegranych daje mi doświadczenie, które później pomaga mi wygrać.	1	2	3	4	5	6	7
10. Związek moich przegranych z pechem i niekorzystnymi okolicznościami sprawia, że nadal uprawiam hazard.	1	2	3	4	5	6	7
11. Hazard sprawia, że przyszłość jest jaśniejsza.	1	2	3	4	5	6	7
12. Moja chęć grania w gry hazardowe jest nie do przezwyciężenia.	1	2	3	4	5	6	7
13. Zbieram określone przedmioty, które pomagają zwiększyć moje szanse na wygraną.	1	2	3	4	5	6	7
14. Jeśli wygrałem raz, na pewno wygram znowu.	1	2	3	4	5	6	7
15. Związek moich przegranych z prawdopodobieństwem sprawia, że nadal uprawiam hazard.	1	2	3	4	5	6	7
16. Zagranie w grę hazardową pomaga zmniejszyć napięcie i stres.	1	2	3	4	5	6	7
17. Nie jestem na tyle silny, aby przerwać granie.	1	2	3	4	5	6	7
18. Mam swoje rytuały i zachowania, które zwiększają szanse na wygraną.	1	2	3	4	5	6	7
19. Gram w gry hazardowe tylko w momentach, kiedy czuję, że mam szczęście.	1	2	3	4	5	6	7
20. Wspomnienie o tym, ile pieniędzy ostatnio wygrałem, sprawia, że nadal uprawiam hazard.	1	2	3	4	5	6	7
21. Nigdy nie będę w stanie przerwać grania w gry hazardowe.	1	2	3	4	5	6	7
22. Posiadam pewną kontrolę nad przewidywaniem swoich wygranych w hazardzie.	1	2	3	4	5	6	7
23. Jeśli będę zmieniał swoje numery, będę miał mniejsze szanse na wygraną, niż gdybym obstawiał te same numery za każdym razem.	1	2	3	4	5	6	7