



דו"ח סיכום מחקר

אני מכור להימורים? מה פתאום!

**בחינת הפער בין התמכרות להימורים לתפיסת הצורך בטיפול לצד בחינת הקשר
בין משתנים פסיכולוגיים קוגניטיביים, התנהגותיים ואישיותיים לסיכון
להפרעת הימורים**

ד"ר טל סלע

המחלקה למדעי ההתנהגות

הפקולטה למדעי החברה והרוח

המכללה האקדמית כנרת

מאי 2022

שם המחקר

אני מכור להימורים? מה פתאום!

בחינת הפער בין התמכרות להימורים לתפיסת הצורך בטיפול לצד בחינת הקשר בין משתנים פסיכולוגיים קוגניטיביים, התנהגותיים ואישיותיים לסיכון להפרעת הימורים.

מימון המחקר

מחקר אקדמי זה קיבל מימון במסגרת קול קורא לקיום מחקר אקדמי בתמיכת מפעל הפיס בנושא הימורים, הבנת בעיית ההימורים והשפעותיה החברתיות (תחום ג' – הצעות לפיתוח כלים, שיטות, מחקר לזיהוי וטיפול בהתמכרות להימורים)

תוכן עניינים

i	תקציר
1	מחקר מספר 1
1	מבוא
10	שיטה
17	תוצאות
28	דיון
34	מחקר מספר 2
34	מבוא
35	שיטה
37	תוצאות
41	דיון
41	דיון כללי
45	מסקנות

תקציר

רקע: הפרעת הימורים (Gambling Disorder) היא התמכרות בה האדם מפגין התנהגות הימורים בעייתית מתמשכת הכוללת סימפטומים שונים כגון הפגנת חוסר מנוחה ו/או עצבנות בעת ניסיון להפחית או להפסיק להמר לצד מחשבות תכופות אודות הימורים (American Psychiatric Association, 2013).

מטרת המחקר: במחקר הנוכחי נבחנה מהי שכיחות התופעה בקרב האוכלוסייה היהודית הבוגרת בישראל, מהי תפיסת הצורך בטיפול בקרב אנשים הסובלים מן ההפרעה, ועד כמה משתנים פסיכולוגיים שונים מנבאים את קיומה וחומרתה של הפרעת ההימורים ותפיסת הצורך בטיפול בה. דגש מרכזי ניתן במחקר להיבט של תובנה למחלה (ההכרה שיש לאדם ביחס להפרעה נפשית ממנה הוא סובל, היכולת לזהות את הסימפטומים שלה, והבנת הצורך בטיפול בה), ובחינת הפער בין רמת הסיכון לפיתוח הפרעת הימורים לבין תובנה למחלה. בכדי לבחון את שאלות המחקר נערכו שני מחקרי חתך בקרב האוכלוסייה היהודית הבוגרת בישראל.

מחקר מספר 1 כלל כ-3000 איש המהווים מדגם מייצג של האוכלוסייה היהודית הבוגרת בישראל. נבדקי המחקר ענו על שאלון דיווח עצמי לבחינת התנהגות הימורים ועל שאלות הבוחנות את תפיסתם לגבי הצורך בטיפול. בנוסף, הנבדקים ענו על מגוון שאלונים הבוחנים חוסן נפשי, רווחה נפשית, לקיחת סיכונים, ויסות רגשי ועוד. ממצאי המחקר הראו כי כ-3.70% מהמשתתפים נמצאים בסיכון גבוה לקיומה של הפרעת הימורים. בקרב נשים, כ-1.50% נמצאות בסיכון גבוה לעומת כ-6.10% בקרב גברים. המחקר העלה כי קיימים מספר גורמי סיכון המגבירים את הסיכוי לפתח הפרעת הימורים: להיות גבר, ניסיון עבר עשיר עם סוגי הימורים שונים והעדפה ללקיחת סיכון 'ריגושי'. בנוסף, נמצאו מספר גורמי חוסן המפחיתים את הסיכוי לפתח הפרעה זו כגון חוסן נפשי גבוה, יכולת לוויסות רגשי וההעדפה ללקיחת סיכון מחושב (אינסטרומנטלי). בנוסף, נמצא כי בקרב המוגדרים בסיכון גבוה, כ-65% מהמשתתפים לא חשבו כי הם סובלים מהפרעת הימורים ולא היו מעוניינים לקבל טיפול. ממצא זה מצביע על כך שיש אנשים הסובלים מהפרעת הימורים, לא מכירים בה ולא מטופלים. פגיעה בתובנה להפרעת הימורים נמצאה כקשורה לתוצאות חברתיות וקליניות שליליות, כגון שימוש בסמים, דיכאון, חרדה, אבטלה, פשע והתאבדות. למחקר מספר 1 היו מספר מגבלות. ראשית, על אף שמדובר על מחקר רחב היקף ומרבית הממצאים עולים בקנה אחד עם ממצאים בספרות, עולה השאלה האם הממצאים ניתנים להכללה מעבר למשתתפי המחקר, מעבר לזמן עריכת הסקר ומעבר לשימוש בכלי המחקר הספציפי לבחינת הפרעת ההימורים. בהקשר זה חשוב לציין כי כוח ההסבר (גודל האפקט) שנמצא עבור רוב המשתתפים היה קטן יחסית ועל אף שחלקם תואמים ספרות קיימת, מחקר נוסף נדרש לאישוש הממצאים.

מטרת מחקר מספר 2 הייתה לשחזר את ממצאי המחקר הראשון ולתקף את מודלי הניבוי השונים, תוך דגש על ביסוס תוקף כלי המדידה לבחינת הסיכון לפיתוח הפרעת הימורים באמצעות שאלונים שונים למדידת

סיכון להפרעת הימורים. ספציפית, המחקר בחן האם מגוון רחב של משתנים פסיכולוגיים (כגון חוסן נפשי, רווחה נפשית, ויסות רגשי, נטייה ללקיחת סיכון ריגושי ואינסטרומנטלי) יכול לנבא את סיכון לפיתוח הפרעת הימורים, ואת הצורך בטיפול, תוך דגש על בחינת הגורמים המשמעותיים ביותר להסבר הסיכון להפרעת הימורים. לטובת המחקר גוייסו כ-1000 משתתפים אשר ענו על שאלונים שונים. המחקר שיחזר את מרבית ממצאי המחקר הראשון והראה כי ויסות רגשי, חוסן נפשי, סיכון מחושב (אינסטרומנטלי) מהווים גורמי חוסן משמעותיים וחזקים בעוד סיכון ריגושי וחשיפה (עבר והיכרות עם עולם ההימורים) מהווים גורמי סיכון לניבוי חומרת הסיכון לפיתוח הפרעת הימורים. חומרת הסיכון לפיתוח הפרעת הימורים נמדדה באמצעות שני כלי מדידה שונים וסטנדרטיים והממצאים שוחזרו מעבר לסוג כלי המדידה. בנוסף, נמצא כי בעוד משתתפים ברמת סיכון נמוכה מדווחים כי הם מצליחים להמר באחריות אל מול הפסדים חוזרים ונשנים, משתתפים ברמת סיכון גבוהה מדווחים כי אינם מצליחים להמר באחריות במצב זה. בדומה למחקר הראשון, הממצאים מצביעים על פער גדול בין חומרת הסיכון לפיתוח הפרעת הימורים לבין תפיסת הצורך בקבלת עזרה.

מסקנות המחקר: המחקר הנוכחי מספק נתונים עדכניים, מהימנים ותקפים אודות שכיחות הפרעת ההימורים בישראל, בקרב האוכלוסייה היהודית הבוגרת בישראל, נכון ל-2021-2022. ממצאי המחקר מדגימים את החשיבות ואת תרומתם של משתנים פסיכולוגיים שונים להסבר תופעת ההתמכרות להימורים מעל ומעבר לתרומתם של משתנים סוציו-דמוגרפיים. במחקרי המשך, מומלץ לקחת בחשבון היבטים נוספים להסבר התופעה תוך דגש על משתנים פסיכולוגיים - קוגניטיביים ואישיותיים ואחרים על מנת להציע כיוון דרך הן למיפוי ואיתור התופעה בקרב האוכלוסייה הכללית והן לפיתוח דרכי טיפול והתערבות בעתיד.

השלכות מרכזיות: ביחס למדיניות ציבורית, ממחקר זה עולה כי שכיחות הסיכון להפרעה גבוהה מעט יותר מהערכות קודמות¹, ומעלה צורך מוחשי לאיסוף נתונים במחקרים אפידמיולוגיים גדולים אודות הפרעה זו בכדי לאמוד את שכיחות התופעה על בסיס קבוע. להפרעת הימורים יש השפעה מכרעת על האדם, על סביבתו הקרובה ועל החברה בכלל. לצד מיפוי ומעקב אחרי שכיחות התופעה יש לתת את הדעת על הרחבת המחקר בכדי לאתר גורמים נוספים היכולים לנבא הפרעת הימורים, לצד מחקר נוסף שמטרתו לשפוך אור נוסף על היבטים הקשורים לתובנה למחלה תוך הגברת תשומת הלב הציבורית לאספקט זה במיוחד. הדגש הניתן כיום על הימור אחראי, חשוב ללא ספק. עם זאת, ייתכן כי פגיעה בתובנה למחלה עלולה למסך על תפיסת האחריות בקרב מהמרים הנמצאים בסיכון.

¹ סקר של מפעל הפיס בשיתוף מכון המחקר ברנדמן בע"מ.

מחקר מספר 1

מבוא

על פי המדריך לאבחון וסטטיסטיקה של הפרעות נפשיות (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), ההגדרה של התנהגות שהוגדרה בעבר כ'הימור פתולוגי' (Pathological Gambling) שונתה, ונעשה שימוש בהמשגה אחרת לתיאור תופעה זו – 'הפרעת הימורים' (Gambling Disorder). יתרה מכך, בעוד שעד לפני כ-10 שנים במהדורה קודמת של ה-DSM, הימור פתולוגי אופיין כהתנהגות הימורים בלתי מסתגלת מתמשכת וחוזרת וסווגה כ'הפרעת שליטה בדחף לא מסווגת', ה-DSM-5 מתייחס לתופעה זו כאחת מן ההפרעות הקשורות לחומרים והתמכרות (Substance-Related & Addictive Disorders), מתוך כוונה ליצור מסגרת מושגית בהירה יותר שתנחה הן את האבחון והן את הטיפול בהפרעת הימורים (Petry et al., 2011; O'Brien, 2013). שינוי זה משקף גם הכרה בדמיון הקיים בין התנהגות הימורים חוזרת ונשנית לבין התמכרויות אחרות כגון אלכוהול וסמים (Grant et al., 2010). חלק מן השינויים שבוצעו ב-DSM-5 באבחון כללו הפחתה במספר קריטריונים הנדרשים לאבחון - ארבעה במקום חמישה קריטריונים – למשל, האדם חווה ניסיונות כושלים וחוזרים לשלוט, להפחית או להפסיק להמר; מחשבות אודות הימורים; חזרה להמר בכדי להחזיר את ההפסדים; סיכון או איבוד קשר משמעותי, עבודה כתוצאה מהימורים ועוד (American Psychiatric Association, 2013; Petry et al., 2013). על פי ה-DSM-5, ניתן להגדיר 3 דרגות חומרה של ההפרעה (חומרה קלה: 4-5 סימפטומים; בינונית: 6-7 סימפטומים; חמורה: 8-9 סימפטומים). בנוסף, הפרעת הימורים נכללת כהתמכרות התנהגותית בסיווג הבינלאומי של מחלות שאומץ ב-2019 על ידי ארגון הבריאות העולמי (Sulkunen et al., 2021).

שיעור השכיחות של הפרעת הימורים באוכלוסייה נע כיום בין 1% עד 4% (Sulkunen et al., 2021), עלייה לעומת הערכות קודמות של 2%-1% בני אדם אשר מוגדרים כבעלי הפרעת הימורים או מהמרים כפייתיים (Petry, 2013). מחקרים אחרים מצביעים על טווח רווח יותר הנע בין 1%-5% (Kim et al., 2021). ניתן להעריך כי גם בישראל אחד מכל 75 איש או לפי הערכות מחמירות יותר אחד מכל 20 אנשים עלול להיות בסיכון ולהתמודד עם הפרעת הימורים². לצד ההימורים המוסדרים המתאפשרים במדינת ישראל בחסות החוק (סעיף 231 בחוק העונשין³ מתיר הימורים באופן זמני או קבוע; היתרים אלו מתייחסים למפעל הפיס ולמועצה להסדר ההימורים בספורט) קיימים בישראל הימורים לא חוקיים כגון משחקי קלפים, מכונות מזל, בתי קזינו הכוללים משחקי הימורים שונים (משחקי קלפים, רולטה ועוד), הימורים באינטרנט (משחקי ספורט, משחקי קלפים), משחקי קובייה ועוד.

² סקר של מפעל הפיס בשיתוף מכון המחקר ברנדמן בע"מ.
³ https://www.nevo.co.il/law_html/law01/073_002.htm

סימולציה (מבוססת על נתונים ממחקרים שהוצגו ויוצגו להלן) מרמזת על קיומה של תופעה מדאיגה : בהינתן שכיחות של 3% לפיתוח הפרעת הימורים באוכלוסייה הכללית, על כל 100,000 בוגרים מעל גיל 18, יש כ-3,000 בני אדם בסיכון גבוה מאוד. מתוכם, בהערכה אופטימית מאוד, רק כ-15% (450 בני אדם) מגיעים לטיפול, מתוכם כמחצית (כ-275), במקרה הטוב, מטופלים בצורה אפקטיבית. כלומר, כ-10% בלבד מן האנשים הנמצאים בסיכון גבוה וממשי לסבול מהפרעת הימורים מקבלים טיפול הולם.

השאלה מה הופך אדם המהמר לצורכי הנאה וריגוש למהמר הנמצא בסיכון לפיתוח הפרעת הימורים עדיין לא נענתה באופן מלא והסיבות להתפתחותה של הפרעה זו עדיין אינן ברורות למרות מחקר רב היקף בנושא המתפרס על פני עשורים רבים (Walker, 1992; Griffiths & Wood, 2001; Petry, 2013). גישות תיאורטיות שונות אשר נמצאות במרכז השיח הפסיכולוגי מנסות להסביר תופעה זו. למשל, הגישה ההתנהגותית מסבירה את התפתחותה של התמכרות להימורים באמצעות היחסים הקיימים בין סביבת האדם והיסטורית הלמידה שלו להתנהגותו. הגישה הקוגניטיבית מנסה להסביר התנהגות זו על בסיס תיאורטי הקושר התנהגות זו לדיספונקציה קוגניטיבית (Fortune & Goodie, 2012) ומוחית (Murch & Clark, 2016). גישות אחרות בפסיכולוגיה שמות דגש על מאפיינים אישיותיים היכולים להוביל להתמכרות להימורים (MacLaren, et al., 2011) או באמצעות שילוב משתנים קוגניטיביים ואישיותיים (MacLaren, Ellery & Knoll, 2015). כפי שיוצג בפירוט בהמשך, גישות אלו הציעו תיאוריות שונות הנתמכות על ידי ממצאים שונים, על בסיסן נעשה ניסיון לניבוי קיומה של הפרעת הימורים ומידת חומרתה.

אחד מן הגורמים החשובים הנלקחים בחשבון ביחס לכל הפרעה או אבחנה של הפרעה נפשית הוא תובנה למחלה (Illness awareness; David, 1990; Amador et al., 1991). תובנה מוגדרת כהכרה שיש לאדם ביחס להפרעה נפשית ממנה הוא סובל, היכולת לזהות את הסימפטומים שלה, והבנת הצורך בטיפול בה. תובנה גבוהה למחלה מאופיינת בהכרה בהפרעה, זיהוי הסימפטומים המאפיינים את ההפרעה וכוללים חיפוש אקטיבי של טיפול תוך דגש על שיתוף פעולה ותפיסה כי המהלך הטיפולי תורם לשיפור איכות חייהם ויכולתם להתמודד בצורה אפקטיבית עם ההפרעה. לעומת זאת, תובנה נמוכה להפרעה קשורה להיבטים כגון אי הכרה בהפרעה, התנגדות לטיפול ואף תפיסת הטיפול כלא רצוי ואף מזיק. מחקרים שונים, באוכלוסיות קליניות שונות, הראו כי תובנה נמוכה מקושרת כקשור להחמרה במצב, אי ציות לטיפול, והישנות של ההפרעה (David, 1990; Amador et al., 1991; Aleman et al., 2006). יתרה מכך, תובנה נמוכה להפרעת הימורים עלולה להוות חסם מרכזי בפני חיפוש עזרה.

עם זאת, מן הספרות המחקרית עולה כי ההשפעה של פגיעה בתובנה להפרעת הימורים לא נחקרה דיה (Gambling Awareness; Kim et al., 2021; Shah et al., 2020). פגיעה בתובנה להפרעת הימורים נמצאה כקשורה לתוצאות חברתיות וקליניות שליליות, כגון שימוש בסמים, דיכאון, חרדה, פגיעה בקבלת החלטות, אבטלה, פשע והתאבדות (Fong, 2005; Gainsbury et al. 2014; Hodgins et al. 2011). בנוסף, מודעות

סובייקטיבית להתמודדות עם בעיית הימורים נמצאה כקשורה לדבקות בטיפול (Jara-Rizzo et al. 2019); עם זאת, על פי הערכות שונות, פחות מ-10% מהאנשים עם בעיית הימורים פונים לטיפול, ושיעורי הנשירה גבוהים מאוד (Grant et al., 2004; Ladouceur, 2005). יתר על כן, בקרב המתמודדים עם בעיית הימורים, בקשת העזרה מגיעה מאוחר מדי - כאשר הסימפטומים שלהם וההשלכות של ההימורים שלהם מגיעים לסף קריטי (Gainsbury et al. 2014; Pulford et al. 2009). ישנם מספר גורמים להם ניתן לייחס עכבה בחיפוש אחר טיפול וקבלת עזרה – חשש מתפיסה סטיגמטית, בושה והבנה לקויה של אפשרויות הטיפול הזמינות (Gainsbury et al. 2014; Pulford et al. 2009; Wilber & Potenza, 2006). עם זאת, מחקרים שונים העלו כי פגיעה במודעות להפרעת ההימורים מהווה חסם עיקרי לסיוע בחיפוש עזרה ודבקות בטיפול (Gainsbury et al. 2014; Pulford et al. 2009; Wilber & Potenza, 2006). למרות ההשפעה השלילית של פגיעה במודעות לבעיית הימורים על פניית עזרה ודבקות בטיפול, המודעות לבעיית הימורים נותר תחום שלא נחקר דיו (Shah et al. 2020), ולפיכך אחת ממטרותיו של המחקר הנוכחי היא לבחון את הקשר בין סיכון וחומרת הפרעת ההימורים לתפיסת הצורך בטיפול.

גישות תיאורטיות שונות להסבר הפרעת הימורים

מנקודת מבט קוגניטיבית במצבים של קבלת החלטות, היכולת לזהות עד כמה הסיטואציה מסוכנת חשובה מאוד בכדי שהפרט יוכל לחזות באופן שקול ומדויק עד כמה שניתן תוצאות אפשריות בצורה אשר תשרת את הישרדותו ואת מטרותיו לעתיד בצורה הטובה ביותר. לפיכך, כאשר בני אדם מתמודדים עם מצבים של חוסר וודאות עליהם לשקול את ההשלכות המיידיות והעתידיות של הפסד אל מול רווח (Sela et al., 2012; Ericson & Laibson, 2018). הערכת סיכון זו כרוכה בקונפליקט בין הרצון להרוויח לבין הפחד מהפסד, מנגנון שנמצא כפגוע בקרב מכורים להימורים (Fortune & Goodie, 2012; Dixon, Marley, & Jacobs, 2003).

תיאוריות פסיכולוגיות שונות (Kahneman, 2003; Evans & Stanovich, 2013) מדגישות את פעולתם של שני תהליכים קוגניטיביים שונים העומדים בבסיס תהליך קבלת החלטות: תהליכי קוגניציה מבוקרים הדורשים משאבים קוגניטיביים רבים יחסית אל מול תהליכי חשיבה אינטואיטיביים ואוטומטיים המבוססים על חשיבה היוריסטית. על פי תיאוריות אלו, תהליכי קבלת החלטות מתבססים על אינטואיציה – "תחושת בטן", המכוונת כיצד נכון או לא נכון לפעול בסיטואציות שונות. הפרט מקבל אינפורמציה כלשהי, ומתעוררת בקרבו אינטואיציה המופיעה במודעות ללא מאמץ, יכולה להיות בעלת ערך רגשי חיובי או שלילי, ואיננה מצריכה משאבים קוגניטיביים הדורשים חיפוש אחר אלטרנטיבות נוספות וגזירת מסקנות לוגיות. בהקשר זה, בעשורים האחרונים נעשו מחקרים רבים העוסקים בפסיכולוגיה של המהמר (Wagenaar, 2001; Griffiths & Wood, 1992; Walker, 1988), ובקשר בין חשיבה אינטואיטיבית והטיות קוגניטיביות להתנהגות של מהמרים כפייתיים (Fortune & Goodie, 2012).

הגדרה אחת של הטייות קוגניטיביות היא מצב שבו דרכי חשיבה רגילות תומכות באמונות ובהנחות על העולם באמצעות תהליכי עיוות או שינוי של גירויים פנימיים וחיצוניים (Yurica & Ditomasso, 2005). נטען כי הטייות אלו יכולות לשמר התנהגות של התמכרות להימורים למרות התוצאות השליליות שיש להתנהגות זו על האדם (Jacobsen et al., 2007). למשל, מהמרים יכולים לראות את המזל כמאפיין תכונתי אישי שיכול לשנות את הסיכויים באופן חיובי ולשמר תפיסה זו למרות שאספקט זה איננו בא לידי ביטוי במציאות (Gaboury & Ladouceur, 1989; Keren, 1994; Wohl & Enzle, 2002) ויכול להזיק להם.

הרקע התיאורטי המקשר בין הטייות חשיבה והתמכרות להימורים מתבסס במידה רבה על עבודתם של כהנמן וטברסקי בתחום של הטייות קוגניטיביות אשר הציגה כשלים רבים בחשיבה האנושית ובאים לידי ביטוי באמצעות פעולתן של היוריסטיקות שונות כגון היוריסטיקת הזמינות והייצוגיות (Kahneman & Tversky, 1974). היוריסטיקת הזמינות מתארת מצב בו אנשים מעריכים שכיחויות יחסיות או הסתברויות לפי מדגם שיש להם בזיכרון. ככל שקל לאדם לחשוב על מקרים דומים לסיטואציה שלפניו (או לשלוף מקרים דומים מהזיכרון) כך הוא יעריך את ההסתברות שלה כגבוהה יותר. היוריסטיקת הייצוגיות מתארת סיטואציה בו אדם שופט את מידת הסבירות שיקרה אירוע מסוים על פי המידה שאירוע זה נתפס כמייצג או דומה לתנאים הרלבנטיים. נמצא כי מהמרים נוטים לחשוב כי רווחים גדולים כתוצאה מההימור הינם מקרה שכיח ורגיל כאשר מקרים אלו למעשים נדירים יחסית מבחינה הסתברותית (Wagenaar, 1988; Walker, 1992; Griffiths & Wood, 2001). אחד הממצאים המפורסמים בתחום זה באים לידי בתופעה הנקראת "כשל המהמר" (The Gambler Fallacy), לפיו בני אדם מייחסים הסתברות לאירוע אקראי, על בסיס התפישה שהתרחשויות עבר בסוג זה של אירוע משפיעות באופן כלשהו על הסבירות להתרחשות עתידית של האירוע. למשל, מהמר רואה את המצב הבא במשחק רולטה בה נדרש הימור על עצירת השחור במספר בצבע שחור או אדום. לאחר רצף בו יצא שחור 6 פעמים רצופות, קיימת אמונה כי ישנה סבירות גדולה יותר שעתה יצא אדום. בני אדם באופן כללי ומהמרים בפרט נוטים להאמין בטעות ב"חוק המספרים הקטנים" לפיו התוחלת שקבלת שחור ברולטה אמורה להיות 50%, היות ומצב זה לא התקבל בששת הסיבובים האחרונים עולה הסבירות ששחור יצא בסיבוב הבא. עם זאת, ההסתברות לקבלת שחור או אדום שווה בכל סיבוב, והנחת השוויון מתקיימת עבור רצפים גדולים מאוד של מספרים (חוק המספרים הגדולים) ולא סיבובים מעטים של גלגל רולטה (Tversky & Kahneman, 1971).

היוריסטיקה אחרת, 'אשליית המתאם', באה לידי ביטוי בהתנהגויות כמו אמונות תפלות בהן בני אדם מקשרים בין שתי פעולות כאשר למעשה הן לא קשורות כלל (Petry, 2013). למשל, ממצא קלאסי בתחום זה מראה כי שחקנים מגללים את הקוביות בשקט כדי לקבל מספרים נמוכים וחזק כדי לקבל מספרים גבוהים (Henslin, 1967). דוגמאות אחרות קשורות להיבטים של ביצוע טקסים שונים לפני הימור (נשיפה על קוביות), יש "כיסאות" ו"תחנות" מזל ועוד. במרבית המקרים המתאם המדומה נוצר במקרה - למשל, מהמר

עשוי להרוויח ביום חורף נתון בו לבש חולצה מסוימת. כתוצאה מכך, נוצר קשר והמהמר עשוי לחשוב כי אכן מזג האוויר והחולצה תורמים לזכייה, כך שההטיה מתחזקת אף יותר.

אחת הטענות שהועלו בספרות היא שצמצום הטיות קוגניטיביות יכול להוות קרקע פורייה ומבטיחה ביותר ליעילותן של תוכניות התערבות שמטרתן גמילה מהימורים (Fortune & Goodie, 2012). הצעה זו עולה בקנה אחד עם מודלים דו תהליכיים רבים בפסיכולוגיה קוגניטיבית (למשל מערכת 1 ו-2; Kahneman, 2003) המציעים כי חשיבה אינטואיטיבית והיוריסטית באה לידי ביטוי בתגובות אוטומטיות ואילו חשיבה רציונלית מקושרת לתגובה מבוקרת יותר ולבקרה קוגניטיבית. שני התהליכים הללו משחקים תפקיד קריטי בקבלת החלטות ובלקייח סיכונים, ובמקרים רבים קיים מתח בין שני התהליכים הללו. למשל, Frederick (2005) הראה כי במקרים רבים בני אדם מספקים מענה שגוי לשאלות פשוטות יחסית. הסבר אפשרי לתופעה זו עולה בקנה אחד עם הרעיון שהתגובה הראשונית היא תגובה מהירה, אינטואיטיבית ולעיתים שגויה, וממחיש מצב בו תהליכי בקרה קוגניטיביים לא באים לידי ביטוי ולא מצליחים "לתקן" את התשובה האינטואיטיבית שכבר זמינה לנבדק.

מחקרים שונים קשרו בין תפקודי בקרה קוגניטיבית והיכולת לעכב תגובה ולדחות סיפוקים (Kuntsi et al., 2014; Ditye et al., 2011; Berkman et al., 2014). בנוסף, ממצאים קודמים הראו למשל כי מכורים להימורים החברים בעמותת 'מהמרים אנונימיים' שהיו בעלי ציון גבוה יותר בשאלון דיווח עצמי הבוחן קוגניציה והימורים (Gambling Related Cognitions Scale, Raylu & Oei, 2004) נטו לחזור להמר בתכיפות גבוהה יותר לעומת אלו עם ציונים נמוכים. כמו כן, נמצא כי הטיות קוגניטיביות הן מנבא של הישנות התופעה בקרב חברים בעמותות כגון מהמרים אנונימיים (Oei & Gordon, 2008).

למרות האמור לעיל, מחקר נוסף נחוץ על מנת לבסס את הקשר בין הטיות קוגניטיביות שונות של האדם וסגנון החשיבה הקוגניטיבי שלו לבין התמכרות להימורים. מחקר חתך בעל מדגם מייצג יכול לשפוך אור נוסף על הקשר בין היבטים קוגניטיביים שונים להתמכרות להימורים. מלבד הדגש על בחינת חשיבה היוריסטית ויכולת בקרה קוגניטיבית, במחקר הנוכחי הושם דגש מרכזי על מדידת משתנים אישיותיים הקשורים להיבטים קוגניטיביים ולמשתני אישיות אחרים כגון סגנון חשיבה קוגניטיבי, אסטרטגיות של קבלת החלטות ואופטימיות תוך בחינת הקשר שלהם להתמכרות להימורים.

סוג נוסף של תיאוריית שתי מערכות חשיבה היא תיאוריית האישיות של Epstein ואחרים (Epstein et al., 1996). גישה זו תופסת את סגנון החשיבה של האדם כתכונה אישיותית קבועה, המובילה להתנהגות עקבית יחסית בין סיטואציות שונות (Epstein et al., 1996). לפי תיאוריה זו בני אדם מעבדים מידע באמצעות שתי מערכות. המערכת הראשונה נקראת המערכת האינטואיטיבית-חוויתית או האמונה באינטואיציה (Faith in Intuition). מערכת זו מאופיינת באוטומטיות, אסוציאטיביות, לא מילולית בעיקרה ומקושרת לתהליכים רגשיים אוטומטיים. המערכת השנייה נקראת המערכת הרציונלית או הצורך

בקוגניציה (Need For Cognition). מערכת זו מאופיינת בעיבוד מודע, מכוון, אנליטי, מילולי בעיקר ויחסית נטול רגש. Evans & Stanovich (2013) טענו כי מערכות אלו חופפות להגדרה של שתי מערכות העיבוד בתיאוריה הדו-תהליכית, כאשר FI חופף לסגנון החשיבה האינטואיטיבי ו-NFC חופף לסגנון החשיבה הרפלקטיבי. ניתן למדוד סגנונות חשיבה אלו באמצעות שאלון דיווח עצמי הנקרא המלאי הרציונלי-חוויתי (Rational-Experiential Inventory; REI).

בהתבסס על תיאוריות דו-תהליכיות שונות, פותחו כלים ומדדים הספציפיים למדידת סיכון (Stimulating-Instrumental Risk Inventory -SIRI; Zaleskiewicz, 2001). השאלון מעריך העדפות סיכון באמצעות דיווח עצמי ומודד שני היבטים בלתי תלויים הקושרים ללקיחת סיכונים: סיכון ריגושי (Stimulating risk taking; SRT) המתייחס לנטילת סיכונים שמטרתה לייצר ריגוש מיידי, ללא דאגה מגודל ההפסד הפוטנציאלי ומקושרת לתהליכי קבלת החלטות מהירים ואינטואיטיביים; וסיכון אינסטרומנטלי (Instrumental risk taking; IRT) המתייחס לסיכון הנועד להשגת יעד מסוים בעתיד, כרוך בגיוס תהליכי בקרה קוגניטיבית ושם דגש על שקלול הפסדים פוטנציאליים אל מול רווח והיבטים אחרים הקשורים לתהליכי קבלת החלטה מבוקרים ורציונליים.

משתנה קוגניטיבי-אישיותי אחר שיכול להיות מאוד רלוונטי להתנהגויות של לקיחת סיכונים ולהתמכרות להימורים וטרם נחקר בצורה מקיפה הוא שימוש באסטרטגיה של קבלת החלטות המובילה את האדם לניסיון למקסם (רווח או תועלת) או להסתפק. סיימון (Simon, 1955) יצא בביקורת על תיאורית הבחירה הרציונלית, וטען כי בשל המגבלות הקיימות על יכולות העיבוד של בני האדם, כמו גם המספר הבלתי מוגבל של אפשרויות לבחור מהן, בני אדם לא באמת יכולים לקבל את ההחלטה האפשרית הטובה ביותר (אופטימלית/ מקסום) (Cheek & Schwartz, 2016). סיימון טען כי אל מול התמודדות עם סיטואציות החלטה מורכבות, האדם כפוף ל"רציונליות חסומה" (Bounded rationality) לפיה החיפוש אחר האפשרות האופטימלית ביותר (מקסום) הינו מוגבל משום שבני אדם לא יכולים לתפוס ולעבד כמות מידע עצומה הזמינה לגבי אפשרויות רבות כאשר יש צורך לקבל החלטה. על פי סיימון, בני אדם בוחרים לאמץ אסטרטגיית החלטה הנשענת על הסתפקות, קרי, בחירה באפשרות אחת שהינה טובה דיה. במילים אחרות, אנשים מוצאים אפשרות שתספק בהצלחה את יעדי החלטה שלהם והעדפותיהם היות ואינם יכולים להגיע להחלטה הטובה ביותר עקב מגבלות קוגניטיביות ובמקרים רבים הם עושים שימוש באסטרטגיה של הסתפקות, קרי, קביעת יעדים ריאליים הניתנים להשגה. בהתבסס על עבודתו של סיימון, שוורץ ואחרים (Schwartz et al., 2002) המשיגו את הנטייה להסתפקות (לעומת מקסום) כמאפיין אישיותי. הם הציעו כי ישנם אנשים הנוטים למקסם ושואפים לקבל את החלטה הטובה ביותר אשר דורשת הערכה ממצה של כל האופציות האפשריות, וגם בעלי סטנדרטים גבוהים כלפיי עצמם ("אני לעולם לא מתפשר על המקום השני"). מאידך, ישנם אחרים השואפים באופן עקבי לקבל החלטה שעומדת בסטנדרטים שלהם ודורשת הערכה של

מספר מצומצם יותר של אפשרויות (Cheek & Schwartz, 2016). מחקרים שונים מראים כי אנשים העושים שימוש באסטרטגיות של מיקסום מראים נטייה גדולה יותר לחוות חרטה ופגיעה באיכות החיים (Schwartz, et al., 2002). בהקשר של מכורים להימורים עולה אפוא שאלה מעניינת. ייתכן, כי אנשים המנסים למקסם, נמצאים בסיכון גבוה יותר לפיתוח הפרעת הימורים. ייתכן ומקסום כתכונה אישיותית מוביל את האדם לנסות ולשאוף לניסיון למקסם רווחים בעת פעילות הקשורה להימורים, ומקושר להיבטים שונים כגון קושי בשליטה על הוצאת כמות הכסף בזמן ההימור.

בנוסף, נבחן במחקר הנוכחי את הקשר בין אופטימיות להתמכרות להימורים. אופטימיות מוגדרת כנטייה אישיותית יציבה לאורך זמן המשקפת את המידה בה אנשים מחזיקים בציפיות חיוביות כלליות כלפי עתידם אופטימיסטים הם אנשים המצפים שיקרו להם דברים טובים ולעומתם, פסימיסטים אלו אנשים המצפים שדברים רעים יקרו להם. מדובר בתכונות אישיותיות יציבות לאורך זמן באופן יחסי. רוב האוכלוסייה נמצאת בין שתי קצוות תכונה זאת ולא בנקודות הקיצון שלה (Carver, Scheier & Segerstrom, 2010). ככלל, הספרות הפסיכולוגית מתייחסת לתכונה זו כתכונה חיובית המאפשרת יכולות התמודדות קוגניטיביות ורגשיות, מקדמת בריאות פיזית ונפשית טובה ומובילה לאיכות חיים גבוהה יותר. לאופטימיסטיים יש רשתות חברתיות רחבות יותר והם יכולים לגייס משאבי תמיכה חברתיים ורגשיים בעת הצורך. בנוסף, אנשים אופטימיים מאמינים כי אירועים שליליים הם זמניים, מצומצמים בהיקפם וניתנים לניהול (Carver, Scheier & Segerstrom, 2010).

עם זאת, חוקרים אחרים הציעו כי לאופטימיות יש היבט שלילי ומתייחסים להטיית האופטימיות. הטיית זו מוגדרת כנטייה של האדם לבצע הערכת יתר לסבירות שיחווה אירועים חיוביים בחייו, והערכת חסר לסבירות שיחווה אירועים שליליים. הטייה זו נחשבת כאחת ההטיות הקוגניטיביות העקביות והחזקות ביותר (Sharot, 2011). הטיית האופטימיות נפוצה יותר בקרב האוכלוסייה מהטיה פסימית (קיימת בכ-80% מהאוכלוסייה) ואיננה תלויה לאום, מין, גזע או גיל האדם (Sharot, 2011). למשל, אופטימיסטים עושים מאמצים כדי להפחית סיכונים בריאותיים, אך הם עושים זאת בצורה סלקטיבית. למשל, נמצא כי אנשים אופטימיים אשר חולים יעסקו בפעילות גופנית ויקפידו על תזונה בריאה. עם זאת, אנשים אופטימיים באופן קיצוני יינטו לעסוק בהתנהגויות סיכון כגון עישון, הימורים ושתית אלכוהול, בטענה שאין זה מסכן אותם ומתוך אמונה בעתיד טוב וחיובי (Aspinwall & Brunhart, 1996; Scheier & Sharot, 2011). לפיכך, אופטימיות יתר עלולה להוביל לנזקים ממשיים - הערכות יתר להצלחה כלכלית עתידית והערכת חסר של סיכונים בריאותיים, למשל סיכוי ללקות בסרטן, להפסיד בבורסה וכדומה.

מחקרים אחרים מצביעים על הקשר בין משתנים אישיותיים כגון חוסר יכולת ויסות רגשית להתמכרות להימורים (Williams et al., 2012; Rogier & Velotti, 2018) ועל החשיבות של מאפיינים אישיותיים להסבר התפתחותה של התמכרות להימורים (MacLaren, et al., 2011) ומדגישים את השילוב בין אספקטים

קוגניטיביים ואישיותיים להסבר התופעה (MacLaren, Ellery & Knoll, 2015). לפיכך, מקבץ אחר של משתנים אישיותיים אחרים שייבחנו במחקר הנוכחי ורלוונטיים לסיכון להפרעת הימורים כוללים: יכולת ויסות רגשי, חוסן נפשי, מיטביות ורווחה נפשית (Well-being) לצד מיקוד שליטה.

בעשורים האחרונים מושם דגש רב על חשיבותו של ויסות רגשי כתכונה אישיותית. ויסות רגשי מוגדר כמבנה פסיכולוגי הבנוי מאספקטים שונים הכוללים בין היתר, יכולת הבנה של המצב הרגשי, יכולת מיקוד התנהגותית ועיכוב התנהגות אימפולסיבית, שימוש באסטרטגיות לוויסות רגשי ומוכנות לחוות רגש שלילי (Gratz & Roemer, 2004). חוסן נפשי אישי מתייחס ליכולתו של הפרט להתמודד בהצלחה עם אירועים קשים ולחזור לתפקוד קודם בזמן קצר ככול האפשר. מחקרים שונים כי חוסן נפשי גבוה יכולים להוות גורם מגן כנגד התמכרויות. למשל, מחקרים שונים מאוששים ממצא זה בכל הקשור להימורים באופן כללי (Oei & Goh, 2015) ובקרב בני נוער (Lussier et al., 2007).

משתנה רלוונטי נוסף שייבחן במחקר הנוכחי הוא רווחה נפשית (Well-being) - הערכתו הסובייקטיבית של האדם אודות בריאותו הנפשית, והמידה בה תופס האדם את האיכות הכוללת של חייו כחיובית ורצויה. מחקרים שונים הראו כי קיים קשר שלילי בין חומרת ההתמכרות להימורים לבין רווחה נפשית. למשל, מחקר שנערך על נתונים של 6,624 משתתפים שנטלו חלק בסקר רחב היקף של ועדת ההימורים בבריטניה מצא תמיכה בהשערה לפיה רווחת הפרט יורדת ככל שעוצמת ההתמכרות להימורים גבוהה יותר (Farrell, 2018). מטרת המחקר הנוכחי היא לנסות ולבחון האם ממצא זה ישוחזר גם בקרב מדגם מייצג של האוכלוסייה היהודית בישראל, כמו גם לבחון האם מדדים שונים של רווחה נפשית (Lamers et al., 2011), תפיסת מיטביות (Kimhi & Eshel, 2009), שביעות רצון כללית מהחיים, תפיסה סובייקטיבית של אושר (Lepper & Lyubomirsky, 1999) ותסמינים פסיכוסומטיים (Walsh, Sela et al., 2020) יכולים לנבא התמכרות להימורים ותפיסת הצורך בטיפול.

היבט משלים נוסף אשר ייבחן במחקר הנוכחי הוא מסוגלות עצמית. על פי בנדורה (Bandura, 1982) מסוגלות עצמית היא אמונתו של היחיד במידת יכולתו לגייס מוטיבציה, משאבים קוגניטיביים וסדרת פעולות הנדרשת כדי להתמודד עם משימות ואירועים בחייו. מסוגלות עצמית משפיעה על בחירות היחיד, יעדיו, תגובותיו, מאמציו והתמודדותו עם משימות שונות. ממחקרים קודמים עולה כי מסוגלות עצמית מהווה גורם חוסן מפני התנהגויות ממכרות, כולל הימורים (למשל, Casey et al., 2008; Weinstock et al., 2009). בנוסף, מסוגלות עצמית גבוהה קשורה לניבוי שינוי התנהגותי, תוצאות טיפוליות חיוביות והפחתה ניכרת בהישנות ההפרעה (May et al., 2003), וכן קשורה לשימוש באסטרטגיות התמודדות חיוביות ביחס להתנהגויות ממכרות (DiClemente, 1986).

הגישה ההתנהגותית רואה בקשר שבין הסביבה לבין ההתנהגות כבסיס להסבר של התנהגות מהמרת. על פי גישה זו, הסיבות להתנהגות הימורים קשורות בעיקר לגירויים סביבתיים ולתוצאות שעשויות לשמר ולחזק התנהגות מהמרת. אחת הדרכים היעילות ביותר באמצעותן התנהגות משתמרת לאורך זמן הינה באמצעות שימוש בלוח חיזוקים משתנה. לוח חיזוקים משתנה מתאר מצב שבו התנהגות מסוימת מחוזקת רק מידי פעם. כלומר, לא בכל פעם שההתנהגות מתבצעת מופיע המחזק, אלא רק לאחר מספר פעמים בהם ההתנהגות התבצעה. מחקרים רבים מראים כי התנהגות המחוזקת בלוח חיזוקים משתנה מתאפיינת בשני מאפיינים עיקריים: הראשון בהם הוא שההתנהגות לרוב מופיעה בקצב גבוה מאוד (תדירות גבוהה במשך זמן מסוים) והשני הינו שההתנהגות עמידה מאוד בפני הכחדה (Skinner, 1974). מבחינה זו, לוח חיזוקים משתנה יכול להוות הסבר להתנהגות מהמרת ושימורה. התנהגות ההימור מחוזקת לעיתים רחוקות בלבד, דבר שיכול לשמר את ההתנהגות לאורך זמן ולהגביר את קצב ההימורים (Weatherly & Dixon, 2007). גורם נוסף שעשוי לחזק ולשמר התנהגות מהמרת הינו גודל המחזק והשונות בגודל המחזק. מחקרים התנהגותיים רבים מראים כי ככל שגודל המחזק גדול יותר ובמקרים בהם גודל המחזק גם משתנה – כך ההתנהגות שתוצאתה הינו אותו מחזק, נשמרת לאורך זמן. במקרה של הימורים, הפרסים בהם ניתן לזכות משתנים בכל פעם שההתנהגות מופיעה ובמקרים רבים הפרס הוא גם גדול מאוד ביחס להשקעה הכספית הנדרשת לצורכי ההימור עצמו (Weatherly & Dixon, 2007). אלמנט נוסף שיש לשים עליו את הדעת בהקשר של הימורים הוא הגורמים או הטריגרים להתנהגות המהמרת. הספרות ההתנהגותית מתייחסת לשני סוגים של טריגרים: תנאים מזמנים (Establishing operations) ואירועים מכווננים (Setting events). תנאים מזמנים ואירועים מכווננים הינם אירועים או סיטואציות שמגבירים את עוצמת המחזק וכתוצאה מכך גם את הסיכוי שההתנהגות תתבצע. ההבדל בין שניהם הוא בסמיכות של האירוע להתנהגות המדוברת. תנאים מזמנים הינם אירועים שקורים בסמיכות להתנהגות המדוברת ואילו אירועים מכווננים הינם אירועים שקרו הרבה לפני שההתנהגות המדוברת מתקיימת אך הם עדין משפיעים עליה (Weatherly & Dixon, 2007). בהתייחס לתיאוריות וממצאים התנהגותיים, משתנה אחד שייבחן במחקר הנוכחי הוא חשיפה של האדם לעולם ההימורים בעבר. חשיפה זו מוגדרת כסך התנסויות העבר של האדם והיכרותו עם עולם ההימורים ומשחקי הימורים שונים.

המחקר הנוכחי

בהתבסס על סקירת הספרות המחקר הנוכחי בוחן מספר שאלות מחקר מרכזיות:

1. אמידת הפרעת הימורים בקרב האוכלוסייה היהודית הבוגרת בישראל נכון ל-2021-2022.
 2. האם קיים פער בין אחוז המכורים להימורים לבין אחוז המשתתפים המכירים בכך שהם סובלים מהפרעת הימורים וזקוקים לטיפול?
 3. האם מגוון רחב של משתנים פסיכולוגיים קוגניטיביים, אישיותיים והתנהגותיים (כגון הטיות קוגניטיביות, חוסן נפשי, רווחה נפשית, ויסות רגשי) יכול לבא את חומרת ההתמכרות להימורים, ואת הצורך בטיפול?
- על מנת לבחון שאלות אלו נערך מחקר חתך, רחב היקף, בקרב האוכלוסייה היהודית הבוגרת בישראל. משתתפי הסקר מילאו שאלונים שונים הבוחנים התמכרות להימורים ותפיסתם העצמית לגבי היותם בסיכון לפיתוח הפרעת הימורים. נבדקי המחקר ענו על שאלון דיווח עצמי לבחינת התנהגות הימורים (The South Oaks Gambling Screen; SOGS; Lesieur & Blume, 1987) ושאלון הבוחן את תפיסתם לגבי הצורך בטיפול. בנוסף, הנבדקים ענו על מגוון שאלונים הבוחנים חוסן נפשי, רווחה נפשית, מסוגלות עצמית, לקיחת סיכונים, סגנון חשיבה קוגניטיבי, ויסות רגשי ועוד.

שיטה

אוכלוסייה ושיטת דגימה

בהסתמך על דגימה רנדומלית על פאנל אינטרנטי הכולל 100,000 איש, נבנה מדגם מייצג של האוכלוסייה היהודית. הליך הדגימה כלל 4 משתנים עיקריים: מגדר, גיל, רמת דתיות ואזור מגורים בהתאם לחלוקה המופיעה להלן. המדגם הכללי חולק מראש לשלושה תתי מדגמים, בהן נשמרה הדגימה והייצוגיות של ארבעת משתני הרקע. בכל תת מדגם נשאלו שאלות שונות בנוסף לשאלונים אשר הועברו לכלל המדגם (ראה להלן ופירוט בלוח מספר 2). הסקר נערך בסוף שנת 2021.

משתתפים

סך הכול השתתפו בסקר כ-3,041 משתתפים. מתוכם כ-1551 נשים (51%) וכ-1489 גברים (49%). משתתף אחד לא הזדהה כזכר או נקבה. ממוצע הגיל משתתפי הסקר היה 41.59 (ס.ת. 14.49). הגיל החציוני היה 39 (טווח בין רבעוני - 25). צעיר המשתתפים בסקר היה בן 18 והמבוגר במשתתפים היה בן 70. כ-1667 משתתפים (54.8%) הגדירו עצמם כחילוניים, 848 (27.9%) כמסורתיים, 437 (14.4%) כדתיים, וכ-89 (2.9%) כחרדים. הדגימה כיסתה על אזורים ג'ג שונים במדינת ישראל – כ-1004 משתתפים (33%) היו מאזור המרכז, 770 (25.3%) מאזור הצפון (כולל חיפה), 650 (21.4%) מאזור הדרום והשפלה, 332 (10.9%) מאזור ירושלים והסביבה וכ-282 (9.3%) מאזור השרון. 3 משתתפים לא ציינו את מקום מגוריהם. הסקר כלל שלושה תתי מדגמים, בגדלים דומים, תוך שמירה על מאפייני דגימה זהים עד כמה שניתן. לוח מספר 1 מציג

סטטיסטיקה תיאורית עבור כל תת מדגם בנפרד תוך התייחסות למשתני רקע שונים כגון: מגדר, גיל, רמת דתיות, אזור מגורים, מצב משפחתי, הכנסה, השכלה, מס' נפשות בבית. כל משתתף מילא טופס הסכמה להשתתפות במחקר.

לוח מספר 1 - סטטיסטיקה תיאורית עבור כל תת מדגם בנפרד תוך התייחסות למשתני רקע שונים כגון: מגדר, גיל, רמת דתיות, אזור מגורים, מצב משפחתי, הכנסה, השכלה, מס' נפשות בבית.

משתנה		תת מדגם 1 (N=1006)		תת מדגם 2 (N=1018)		תת מדגם 3 (N=1017)	
גיל	ממוצע	41.65	42.06	41.07	41.07	41.07	41.07
	ס.ת.	14.283	14.428	14.746	14.746	14.746	14.746
	חציון	39.00	40.00	38.00	38.00	38.00	38.00
	טווח בין רבעוני	25	25	24	24	24	24
		%	N	%	N	%	N
מגדר	גברים	48.8	491	48.1	489	48.1	489
	נשים	51.1	514	51.9	528	51.9	528
אזור מגורים	02 - ירושלים והסביבה	10.7	108	10.7	109	10.7	109
	03 - מרכז	33.2	334	32.9	335	32.9	335
	04 - צפון	25.5	257	25.3	258	25.1	255
	08 - דרום ושפלה	21.0	211	21.5	219	21.6	220
	09 - השרון	9.2	93	8.9	91	9.6	98
רמת דתיות	יהודיה/חילונית	55.7	560	57.3	583	51.5	524
	יהודיה/מסורתית	27.9	281	24.1	245	31.7	322
	יהודיה/דתיה	13.5	136	15.7	160	13.9	141
	יהודיה/חרדית	2.9	29	2.9	30	2.9	30
מצב משפחתי	רווקה	32.6	328	31.7	323	31.1	316
	נשואה	56.66	570	57.7	587	60.9	619
	גרושה	9.04	91	8.8	90	6.3	64
	פרודה	0.49	5	0.9	9	0.9	9
	אלמן/ה	1.19	12	0.9	9	0.9	9
הכנסה	הרבה מתחת לממוצע	14.5	146	12.7	129	13.3	135
	קצת מתחת לממוצע	13.9	140	14.0	143	13.9	141
	דומה לממוצע	20.4	205	19.8	202	21.3	217
	קצת מעל הממוצע	23.5	236	24.8	252	24.5	249
	הרבה מעל הממוצע	9.2	93	10.1	103	9.6	98
	מסרבות/לענות / ערכים חסרים	18.5	186	18.6	189	17.4	177
השכלה	יסודית או פחות	0.7	7	0.7	7	0.3	3
	תיכונית, ללא תעודת בגרות	9.9	100	7.8	79	6.9	70
	תיכונית, עם תעודת בגרות	18.8	189	18.2	185	23.3	237
	על תיכונית ללא תואר אקדמי	18.9	190	21.6	220	21.1	215
	תואר אקדמי ראשון	33.8	340	33.1	337	30.4	309
	תואר שני ומעלה	17.9	180	18.7	190	18.0	183
מס' נפשות הגרות ביחד (כולל המשיב)	לבד	10.0	101	9.6	98	8.6	87
	2	23.0	231	25.6	261	24.0	244
	3-5	57.9	582	56.2	572	58.7	597
	6-8	8.3	84	7.3	74	7.7	78
	8 ומעלה	0.8	8	1.3	13	1.1	11

1. **שאלון דמוגרפי.** כל משתתף התבקש לענות על שאלון דמוגרפי הכלל משתנים שונים כגון: מגדר, גיל, רמת

דתי, מקום מגורים, מצב משפחתי, רמת השכלה, מצב סוציאקונומי.

2. **הפרעת הימורים ותובנה להפרעה.**

2.1 **שאלון התמכרות להימורים**

(Lesieur & Blume, 1987; The South Oaks Gambling Screen - SOGS)

ה-SOGS הוא שאלון דיווח עצמי לסינון המיועד להעברה בקרב האוכלוסייה הכללית. מטרת השאלון לזהות

נטייה להפרעת הימורים⁴. השאלון מורכב מ-16 פריטים ומבוסס על ההגדרה של מהמר כפייתי על פי ה-

DSM-III (Lesieur & Blume, 1987). השאלון נמצא כבעל מהימנות פנימית גבוהה ובעל תוקף גבוה

במחקרים שונים. הפריטים כוללים היגדים כגון "האם אי פעם הרגשת אשמה על האופן בו אתה מהמר או על

מה שקורה לך בזמן שאתה מהמר?" ו-"האם אי פעם הרגשת שאתה רוצה להפסיק להמר על כסף ולא חשבת

שאתה יכול?". סקלת המענה משתנה ונעה בין שאלות כן/לא, לשאלות בהן יש אופציות בחירה שונות.

הציון בשאלון מתבצע באמצעות סכימת תשובות המשתתפים. הציון המקסימלי בשאלון הינו 20, כאשר

לפי ערכי הסף המקובלים בשאלון⁵ הינם: ציון 0 – אין בעיה עם הימורים, ציון הנע בין 1 ל-4 - בעיית

הימורים ו-5 ומעלה – חשד להתמכרות להימורים.

2.2 **תפיסת התמכרות וצורך בטיפול.** בכדי לבחון היבט זה כל משתתף התבקש לענות על השאלות הבאות:

(א) האם אתה מרגיש שאתה מכור להימורים (סולם ליקרט מ-1 בטוח שלא ועד 6- בטוח שכן).

(ב) במידה והיה מוצע לך טיפול דיסקרטי חיים שמטרתו גמילה מהימורים האם היית רוצה לקבלו (כן/לא).

פריטים אלו נלקחו והותאמו למחקר הנוכחי על בסיס מדד דיווח עצמי דומה המעריך תובנה למחלה בהקשר

של הימורים ומודעות לצורך בטיפול (Kim et al., 2021; Gambling Awareness and insight Scale).

3. **שאלון לקיחת סיכונים (Zaleskiewicz, 2001; Stimulating-Instrumental Risk Inventory; SIRI)**

השאלון מעריך העדפות סיכון באמצעות דיווח עצמי. בשאלון יש 17 פריטים וכולל שני תת-סולמות: (א)

סיכון ריגושי (**Stimulating risk taking; SRT**) המתייחס לנטילת סיכונים בלתי נשלטת, ללא דאגה מגודל

ההפסד הפוטנציאלי. הסיכון נתפס כמטרה ולא כאמצעי. למשל, "לעיתים קרובות אני לוקח סיכון רק לשם

ההנאה". (ב) סיכון אינסטרומנטלי (**Instrumental risk taking; IRT**) מתייחס לסיכון הנועד להשגת יעד

מסוים בעתיד. הוא ניתן לשליטה ומתייחס לגודל ההפסדים הפוטנציאליים. למשל, "אני לוקח סיכון רק אם

זה לגמרי הכרחי על מנת להשיג מטרה חשובה". השאלון בנוי כסולם ליקרט בן 5 דרגות, כאשר המשתתפים

מתבקשים לציין את הסכמתם עם כל היגד על סולם הנע בין 1 = מאוד לא מסכים/ה, ועד 5 = מאוד

⁴ או הימור כפייתי על פי ההגדרות בהן נעשה שימוש (בהתאם למדריך ה-DSM הזמין באמצע שנות ה-80).
⁵ אין ערכי סף סטנדרטיים לאוכלוסייה בישראל המתבססת על מחקרי חתך מייצגים

מסכים/ה. מהימנות השאלון טובה ומחקרים שונים מצאו קשרים שונים בין ציון בסקאלות אלו לממדים התנהגותיים, אישיותיים וקוגניטיביים אחרים (Mahoney et al., 2001; Rogers et al., 2013).

4. שאלון חוסן נפשי

(Stein & Campbell, 2007; Connor-davidson Resilience Scale - CD-RISC)

חוסן אישי יימדד באמצעות שאלון מקוצר המבוסס על סולם החוסן של קונור-דוידסון הכולל 10 פריטים המצביעים על תחושת חוסן אישית אל מול קשיים. פריטי השאלון מדורגים באמצעות סולם ליקרט בן 5 דרגות. על המשתתף לציין את תשובתו לכל היגד על סולם ליקרט בן 5 דרגות הנע בין 1 - לא נכון בכלל. ל-5 - נכון כמעט כל הזמן. למשל "אני לא מתייאש בקלות מכישלונות". מחקרים קודמים הראו כי המהימנות הפנימית של השאלון גבוהה (Kimhi et al., 2020).

5. שאלון מסוגלות עצמית כללית (Chen, Gully, & Eden, 2001; General Self-Efficacy Scale - GSES)

שאלון בן 8 פריטים הבוחן את תפיסת היחיד ביחס לאמונתו ביכולתו להשיג מטרות בכל מצב ולהתגבר על מכשלות בחיי היומיום. למשל "אני יכול להשיג את מרבית המטרות שהצבתי לעצמי". המשתתף עונה על ההיגדים השונים באמצעות סולם ליקרט בן 5 דרגות, הנע מ-1 - מסכים במידה מועטה מאוד ועד 5 - מסכים במידה רבה מאוד.

6. שאלון שביעות רצון מהחיים (Walsh, Sela et al., 2020)

שביעות רצון מהחיים נמדדה באמצעות סולם Cantril. המשתתפים ידרגו עד כמה הם מרגישים שבעי רצון מחייהם ("באופן כללי, עד כמה אתה שבע רצון מחייך באופן כללי") בסקאלה הנעה בין 0 - לא שבע רצון בכלל ל-10 - שבע רצון מאוד. בנוסף, נוספה שאלה לגבי תפיסת החיים כמשמעותיים ("באופן כללי, עד כמה אתה תופס את חייך כמשמעותיים") בסקאלה הנעה בין 0 - לא משמעותיים בכלל ל-10 - משמעותיים מאוד.

7. אושר סובייקטיבי (Lyubomirsky & Lepper, 1999; Subjective Happiness Scale - SHS)

שאלון קצר בן 4 פריטים, בהם מתבקש המשתתף לדרג את עצמו בסולם ליקרט של 7 נקודות. בשני פריטים הנבדק מתבקש לתאר את מידת האושר שלו (למשל: באופן כללי אני מחשיב את עצמי 1- אדם לא כל כך מאושר ועד 7 - אדם מאוד מאושר). שני פריטים אחרים מציגים תיאורים קצרים של אנשים שהינם מאושרים/לא מאושרים, והמשתתף מתבקש להעריך עד כמה הוא תופס עצמו כדומה לשני התיאורים הללו. השאלון בעל מהימנות טובה ותוקף עם מדדים רלוונטיים אחרים (Lyubomirsky & Lepper, 1999).

8. שאלון סגנון חשיבה (Pacini & Epstein, 1999; Rational Experiential Inventory - REI)

בכדי לבחון את סגנון החשיבה של האדם (רציונלי או אינטואיטיבי) ייעשה שימוש בשאלון דיווח עצמי אשר בודק את המידה בה האדם נוטה לעשות בשיקולים רציונאליים או אינטואיטיביים בכדי לקבל את החלטותיו. שאלון זה משמש כמדד לתכונה אישיותית יציבה יחסית מבחינת נטיית החשיבה שלו וסוג תהליכי עיבוד המידע שהוא מבצע. גרסא מקוצרת לשאלון זה כוללת 10 פריטים ומורכבת משני סולמות חד-

קוטביים אשר מודדים עיבוד רציונלי ואינטואיטיבי: (א) סולם "צורך בקוגניציה" (Cacioppo & Petty,) (ב) סולם "אמונה באינטואיציה" (Faith in Intuition; FI) שרובם מתייחסים לביטחון של האדם בתחושותיו כבסיס לקבלת החלטות ומעשים הנטייה של המשתתף לחשוב בצורה אינטואיטיבית (למשל: "כשמדובר בלבטוח באנשים, אני בדרך כלל יכול לסמוך על 'תחושת הבטן שלי'"). השאלון בנוי כסולם ליקרט בן 5 דרגות, כאשר המשתתפים מציינים את הסכמתם עם ההיגד על סולם הנע בין 1 = מאוד לא מסכים/ה, ועד 5 = מאוד מסכים/ה.

9. שאלון הטיית קוגניטיביות. על מנת לבחון עד כמה קבלת החלטות של משתתפי המחקר רגישה להטיות קוגניטיביות הם ימלאו שאלון אשר יציג בפניהם 6 שאלות טיפוסיות אשר נלקחו ממחקרים קודמים שבחנו שכיחות של הטיית קוגניטיביות שונות (Kahneman, 2011; Kahneman & Tversky, 1972; Tversky & Kahneman, 1974; Toplak, West, Stanovich, 2011). השאלות השונות בוחנות את סגנון קבלת החלטות של האדם תוך התייחסות לסגנון קבלת החלטות – אינטואיטיבי או רציונלי. למשל, "בקבוצת מיקוד נערכו ראיונות עם קבוצה של אנשים שכללה 70 מהנדסים ו-30 עורכי דין. עם תום הראיונות רשם כל המראיינין תיאור קצר של כל מראיינין. התיאור הבא נלקח באופן אקראי מתוך תיאורי אחד המראיינים: "יוני, בן 42, נשוי ואבא לשני ילדים, חריף, פעיל חברתי ומתנדב בעמותת טבע ודין. התחביב האהוב עליו הוא איסוף ספרים נדירים. הוא תחרותי, נוטה לוויכוחים, ובעל כושר ביטוי טוב. מה לדעתך הסבירות שיוני הוא עורך דין? (יש לספק תשובה מספרית בין 0 ל-100)". בנוסף, כל משתתף ענה על שאלון הבוחן נטייה לסלידה מהפסד (Kahneman and Tversky, 1979), פורמט השאלות דומה במבנהו לשאלון הבוחן נטייה לסלידה מסיכון (Holt & Laury, 2002) וכולל 11 היגדים לגבי הימורים היפותטיים אפשריים בהם על המשתתף להחליט בין שתי אופציות: **אופציה א':** הימור (סיכוי של 50% להפסיד סכום כסף מסוים אל מול 50% להרוויח סכום כסף מסוים). **אופציה ב':** לא לשחק.

בכל היגד סכום הכסף להפסד נשאר קבוע (100 ₪), בעוד סכום הרווח נע בין 100 ₪ ל-200 ₪. על פי בחירת המשתתפים ניתן לחשב את מקדם הסלידה מהפסד שלהם (1 – אין סלידה מהפסד, 1 ומעלה – רמות שונות של סלידה מהפסד).

10. שאלון אסטרטגיות מיקסום (Dalal et al., 2015; Maximizing Tendency Scale - MTS)

שאלון בן 7 פריטים הבוחן עד כמה האדם נוטה לעשות שימוש באסטרטגיות מיקסום בתהליכי קבלת החלטות. השאלון הוא שאלון בסולם ליקרט בן 5 דרגות, כאשר המשתתפים מתבקשים לציין את הסכמתם על סולם הנע בין 1 = מאוד לא מסכים/ה, ועד 5 = מאוד מסכים/ה. לטובת המחקר הנוכחי נוסף פריט אחד לבחינת מקסום משאלון דומה (Weinhardt et al., 2012).

11. שאלון אופטימיות (Scheier et al., 1994; Revised Life Orientation Test -LOT-R)

שאלון הבודק את הנטייה האישיותית של האדם על ציר האופטימיות – פסימיות. בגרסה המעודכנת והמקוצרת לשאלון זה יש 6 פריטים, כאשר 3 מנוסחים בצורה חיובית ו- 3 בצורה שלילית. הפריטים כוללים היגדים כגון: "אני מצפה יותר שיקרו לי דברים טובים מאשר רעים" המנוסח בצורה חיובית או "אני כמעט שלא מצפה שדברים ילכו בדרך שלי" המנוסח בצורה שלילית. השאלון הוא שאלון בסולם ליקרט בן 5 דרגות, כאשר המשתתפים התבקשו לסמן עד כמה עם מסכימים מ- 1 = לא מסכים בכלל, ועד 5 = מסכים מאוד, על כל אחד מן ההיגדים.

12. שאלון ויסות רגשי (Gratz & Roemer, 2004; Difficulties in Emotion Regulation Scale-DERS)

שאלון הבוחן את רמת הקשיים בוויסות רגשי, תוך דגש על מספר תת סקאלות: חוסר קבלה של תגובות רגשיות, קושי בהתנהגות מכוונת מטרה, קושי לשלוט בדחפים, קושי במודעות רגשית, זמינות מוגבלת של אסטרטגיות לוויסות רגשי וחוסר בהירות רגשית. תכונותיו הפסיכומטריות נחשבות טובות מבחינת מהימנות ותוקף (Gratz & Roemer, 2004; Gratz & Tull, 2010). השאלון הוא בעל יכולת הבחנה טובה בין האוכלוסייה הכללית לבין אנשים בעלי הפרעות ויסות שונות (כגון שימוש בחומרים, התקפי אכילה, התנהגות של פגיעה בעצמי ובאחר). השאלון כולל 36 פריטים, והמשתתף מתבקש לדרג באיזו תדירות הוא חווה את התחושות או ההתנהגויות המתוארות בכל אחד מהמשפטים, בסולם ליקרט 5 דרגות (1 – כמעט אף פעם לא ועד 5 – כמעט תמיד). לצורך המחקר הנוכחי נעשה שימוש אך ורק שימוש בציון הכולל של השאלון.

13. שאלון מיטביות ותפיסת חיי היומיום (Kimhi & Eshel, 2009)

שאלון המודד באופן כללי על תפיסת הפרט את חייו בהווה. שאלון זה מורכב מ-9 פריטים בהם המשתתף מתבקש להשיב "איך נראים חייו כעת?" בהקשרים שונים כגון עבודה, חיי משפחה, בריאות, זמן חופשי וכ'. מחקרים קודמים הראו כי המהימנות הפנימית של השאלון גבוהה. השאלון עבר אדפטציה ממחקרים קודמים (Kimhi et al., 2020) לטובת המחקר הנוכחי.

14. שאלון רצף הבריאות הנפשית המקוצר

(Lamers et al., 2011; Mental Health Continuum-Short Form - MHC-SF)

שאלון בן 14 פריטים המתארים היבטים שונים של רווחה נפשית (רווחה נפשית רגשית – נוכחות רגשות חיוביים, רווחה נפשית חברתית – תפקוד חברתי חיובי, רווחה נפשית פסיכולוגית – תפקוד חיובי בחיי האדם כפרט עצמאי). במקור השאלון בנוי על מחקרה של Lamers (2011) ותורגם לעברית על ידי Shrira et al. (2016). המשתתף מתבקש לדרג את השכיחות בה הוא חווה את כל אחד מההיגדים במהלך החודש האחרון, בסולם ליקרט בן 6 דרגות – כאשר 1 מייצג - בכלל לא, ועד 6 - כל יום. מחקרים אלו הראו כי המהימנות הפנימית של השאלון גבוהה. הציון הכללי לסולם - ציון המהווה מדד לרווחה נפשית כללית.

15. שאלון למדידת תסמינים פסיכוסומטיים (Walsh, Sela et al., 2020)

שאלון זה מהווה מדד לא קליני לתיאור התפיסה סובייקטיביות של שכיחותן של שמונה תלונות גופניות: כאבי ראש, כאבי בטן, כאבי גב, חוסר חיוניות, מצב רוח רע, תחושת עצבנות, קשיי שינה וסחרחורת. לטובת המחקר הנוכחי, הוסבה סקאלת המענה מכך/לא לסקאלת המענה כוללת סולם ליקרט בן 5 דרגות – 1 לעיתים רחוקות מאוד ועד 5 - לעיתים קרובות מאוד, בה המשתתף מתבקש לדווח על מה השכיחות של המצבים הללו בחיי היום יום שלו.

הליך

בתחילת הסקר המקוון כל נבדק אישר כי קרא את טופס ההסכמה ואישר כי הוא מוכן להשתתף במחקר. לאחר מכן, כל משתתף ענה על סדרה של שאלונים בהתאם לתת המדגם אליו הוא הוגרל באופן מקרי (ראה פירוט בלוח מספר 2 – שימוש בכלי המחקר עבור כל תת מדגם במחקר).

לוח מספר 2 – שימוש בכלי המחקר עבור כל תת מדגם במחקר ומהימנות השאלונים

מס'	מיקוד	שם השאלון	תת מדגם 1	תת מדגם 2	תת מדגם 3	Omega*
1		שאלון דמוגרפי	+	+	+	
2		התמכרות להימורים - SOGS	+	+	+	SOGS: 0.88
3	כלל	לקיחת סיכונים - SIRI	+	+	+	SRT: 0.88, IRT: 0.65
4	המדגם	חוסן נפשי CD-RISC	+	+	+	0.89
5		מסוגלות עצמית - GSES	+	+	+	0.92
6		שביעות רצון/משמעות	+	+	+	פריט בודד בכל שאלה
7		אושר סובייקטיבי - SHS	+	+	+	0.89
8		סגנון חשיבה - REI	+			NFC: 0.78, FI: 0.82
9	מיקוד	הטיות קוגניטיביות והימנעות מהפסד	+			מדדי ביצוע
10	קוגניטיבי	מקסום - MTS	+			0.78
11		אופטימיות LOT-R	+			0.76
12	מיקוד – ויסות רגשי	ויסות רגשי - DERS		+		0.88
13	מיקוד	מיטביות		+		0.88
14	פסיכו-	רווחה נפשית - MHC-SF		+		0.93
15	סוציאלי	תסמינים פסיכוסומטיים		+		0.81

שאלון ה-SOGS כולל גם שאלות לגבי חשיפה והיכרות עבר עם משחקי הימורים שונים. מדד זה איננו נלקח בחשבון לטובת חישוב הציון בשאלון ומהווה משתנה נפרד המעריך חשיפה - עבר התנהגותי של המשיב לגבי היכרות והיכרות עבר עם משחקי הימורים. * McDonald's omega (ω) – מדד לחישוב עקיבות פנימית (Hayes & Coutts, 2020).

ניתוחים סטטיסטיים

ראשית, התבצע ניתוח תיאורי של הנתונים. ניתוח זה כלל את תיאור הסיכון להפרעת הימורים בהתאם לשאלון ה-SOGS תוך התייחסות למשתני רקע סוציו-דמוגרפיים (מגדר, גיל, דתיות, השכלה והכנסה וחתכים שונים). לאחר מכן, נבנו מודלי גרסיה שונים לבדיקת השערות המחקר. תחילה נבחנו מודלי גרסיה לכלל המדגם הכללו משתנים עליהם ענו כלל המשתתפים. נבנו מודלים שונים לניבוי קיומה וחומרת הסיכון להפרעת ההימורים לצד מודלים לניבוי תפיסת הצורך בטיפול. לאחר מכן, נבנו מודלים ספציפיים

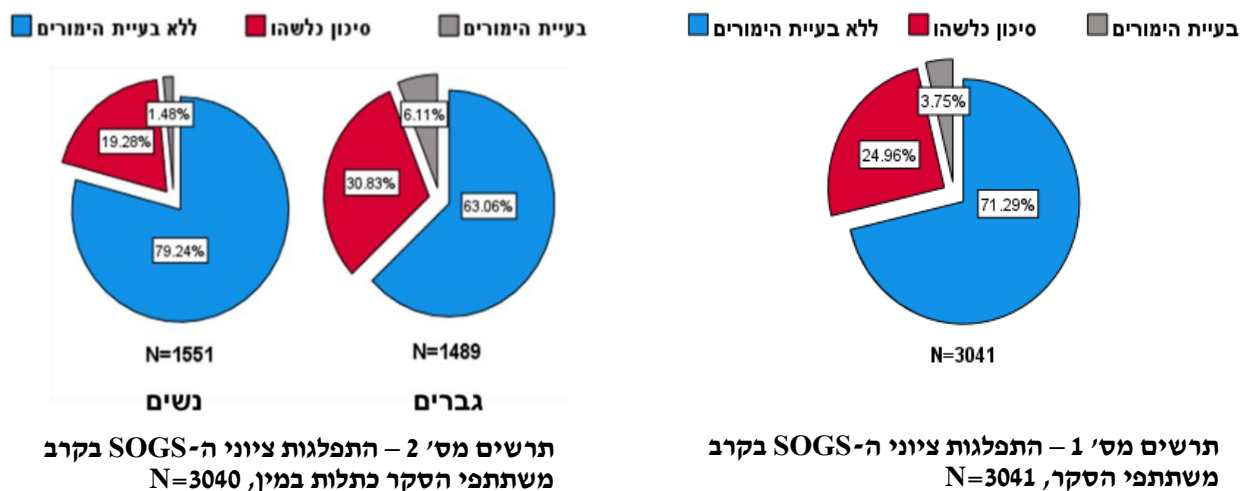
כלל תת מדגם, אשר כללו את המשתתנים הייחודיים בכל תת מדגם לניבוי ציון ה-SOGS. למשל, עבור תת מדגם 1, נבנה מודל רגרסיה לניבוי ציון שאלון ה-SOGS שכלל את המשתתנים הסוציו דמוגרפיים ומשתתנים נוספים עליהם ענו רק משתתפי תת מדגם מספר 1, כגון, מקסום, אופטימיות ועוד. רמת המובהקות בה נעשה שימוש היה 0.05, במידת הצורך בוצעו תיקונים להשוואות מרובות. מירב הדגש ניתן לבחינת טיב המודל באמצעות מדדי טיב התאמה שונים (כגון $Pseudo R^2$, AIC ו-BIC) תוך דגש על גדלי האפקט של המשתתנים השונים. עבור כל מודל סטטיסטי מדווחים גדלי האפקט בהתאם לסוג המודל (פירוט נוסף עבור כל מודל בחלק התוצאות). כל המודלים עשו שימוש ב-Robust standard errors. ניתוח הנתונים נעשה באמצעות תוכנת Stata v.17 (StataCorp., 2021) ו-SPSS v.25 (IBM Corp., 2017).

תוצאות

שכיחות סיכון להפרעת הימורים בקרב משתתפי הסקר

חיתוך לפי ההגדרה המקורית בשאלון SOGS

על פי ההגדרה המקורית של שאלון ה-SOGS (Lesieur & Blume, 1987), ציון 0 מסמל שלאדם אין בעיית הימורים, ציון הנע בין 1 ל-4 - בעיית הימורים כלשהי ו-5 ומעלה - חשד להתמכרות להימורים. כפי שמוצג בתרשים מס' 1, ממצאי הסקר עולה כי ל-2168 משתתפים (71.3%) אין בעיית הימורים כלל, 759 (25%) בחשד לסיכון כלשהו ו-114 (3.75%) כבעלי הפרעת הימורים. כפי שמוצג בתרשים 2, נראה כי קיימים הבדלים משמעותיים בשיעורי הקטגוריות השונות כתלות במין: בקרב גברים - עולה כי ל-939 משתתפים (63.1%) אין בעיית הימורים כלל, 459 (30.8%) בחשד לסיכון כלשהו ו-91 (6.1%) כבעלי הפרעת הימורים. לעומת זאת, בקרב נשים, עולה כי ל-1229 משתתפות (71.3%) אין בעיית הימורים כלל, 299 (19.3%) בחשד לסיכון כלשהו ו-23 (1.5%) כבעלות הפרעת הימורים.



לוחות מספר 3-7 מציגים את התפלגות ציוני ה-SOGS על פי סיווג הסיכון להפרעת הימורים לפי גורמי רקע: גיל, מגדר, גיל ומגדר יחד, הגדרה דתית והשכלה. הממצאים התיאוריים המרכזיים העולים מניתוח זה הם שהשכיחות של בעיית הימורים גבוהה יחסית בקרב גברים, בייחוד צעירים (מתחת ל-30) היא כ-8.4%, ובגילאי 40-60 כ-6.3% - 6.5% (ראה לוח 4, פאנל עליון). בקרב נשים, אחוז אלו הסובלות מבעיית הימורים נע בין 1% ל-1.9% ביחס להתפלגות הגילאים (ראה לוח 4, פאנל תחתון). כמו כן, מלוח מספר 5, הבוחן סיווג בעיית הימורים לפי הגדרה דתית, עולה כי 5.62% מהמשתתפים החרדיים בסקר סובלים מבעיית הימורים. עם זאת, חשוב לציין כי כלל מדגם המשתתפים אשר הגדירו עצמן כחרדים היה קטן יחסית (N=89). כפי שמוצג בלוח מספר 6, אחוז גבוה של משתתפים עם השכלה תיכונית ללא תעודת בגרות ומשתתפים עם השכלה תיכונית, עם תעודת בגרות בלבד נמצאים בסיכון לקיומה של בעיית התמכרות (7.23% ו-5.24%, בהתאמה). בחלוקה לפי מגדר עולה כי בקרב גברים עם השכלה תיכונית ללא תעודת בגרות וגברים עם השכלה תיכונית עם תעודת בגרות בלבד, אחוז המשתתפים הנמצאים בסיכון גבוה לבעיית הימורים עולה ל-10.4% ו-9.5%, בהתאמה. לבסוף, לוח מספר 7 מציג נתונים לגבי הכנסה. ניתן לראות כי בקרב משתתפים אשר דיווחו על הכנסה נמוכה מן הממוצע, השכיחות לפיתוח בעיית הימורים נע בין 6.13% - 5.12%. חלוקה לפי מגדר מעלה כי בקרב גברים אשר הכנסתם נמוכה מן הממוצע השכיחות לפיתוח בעיית הימורים נע בין 9.5%-9.3%. לסיכום, מניתוח תיאורי של המשתנה הסוציו-דמוגרפיים עולה כי גברים צעירים, בעלי השכלה נמוכה והכנסה נמוכה נמצאים בסיכון לפיתוח בעיית הימורים. עם זאת, חשוב לציין כי נתונים אלו תיאוריים בלבד. כפי שניתן לראות בהמשך, מודלי הרגרסיה השונים ישפכו אור נוסף על הקשר בין המשתנים הסוציו-דמוגרפיים הללו לציוני המשתתפים בשאלון ה-SOGS.

לוח מספר 3 - סיווג בעיית הימורים לפי ציון ה-SOGS, לפי גילאים

סך הכול		קטגוריית גיל										סיווג לפי שאלון SOGS
		60+		50-59		40-49		30-39		מתחת ל-30		
%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	
71.3%	2168	76.1%	367	71.5%	331	68.2%	382	72.4%	564	69.3%	524	ללא בעיית הימורים
24.9%	758	21.6%	104	24.8%	115	27.1%	152	24.1%	188	26.3%	199	סיכון כלשהו
3.8%	114	2.3%	11	3.7%	17	4.6%	26	3.5%	27	4.4%	33	בעיית הימורים
100.0%	3040	100.0%	482	100.0%	463	100.0%	560	100.0%	779	100.0%	756	סך הכול

לוח מספר 4 - סיווג בעיית הימורים לפי ציון ה-SOGS, לפי גילאים ומגדר

קטגוריית גיל												גברים – סיווג לפי שאלון SOGS
סך הכול		60+		50-59		40-49		30-39		מתחת ל-30		
%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	
63.1%	939	69.5%	139	66.0%	136	61.6%	207	66.2%	266	55.4%	191	ללא בעיית הימורים
30.8%	459	27.0%	54	27.7%	57	31.8%	107	28.9%	116	36.2%	125	סיכון כלשהו
6.1%	91	3.5%	7	6.3%	13	6.5%	22	5.0%	20	8.4%	29	בעיית הימורים
100.0%	1489	100.0%	200	100.0%	206	100.0%	336	100.0%	402	100.0%	345	סך הכול

קטגוריית גיל												נשים – סיווג לפי שאלון SOGS
סך הכול		60+		50-59		40-49		30-39		מתחת ל-30		
%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	
79.2%	1229	80.9%	228	75.9%	195	78.1%	175	79.0%	298	81.0%	333	ללא בעיית הימורים
19.3%	299	17.7%	50	22.6%	58	20.1%	45	19.1%	72	18.0%	74	סיכון כלשהו
1.5%	23	1.4%	4	1.6%	4	1.8%	4	1.9%	7	1.0%	4	בעיית הימורים
100.0%	1551	100.0%	282	100.0%	257	100.0%	224	100.0%	377	100.0%	411	סך הכול

לוח מספר 5 - סיווג בעיית הימורים לפי ציון ה-SOGS, לפי הגדרה דתית

איך היית מגדיר/ה עצמך מבחינה דתית?										סיווג לפי שאלון SOGS
סך הכול		יהודי/ה חרדית/ת		יהודי/ה דתית/ה		יהודי/ה מסורתית/ת		יהודי/ה חילונית/ת		
%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	
71.29%	2168	70.79%	63	70.94%	310	69.58%	590	72.29%	1205	ללא בעיית הימורים
24.96%	759	23.60%	21	25.63%	112	26.65%	226	24.00%	400	סיכון כלשהו
3.75%	114	5.62%	5	3.43%	15	3.77%	32	3.72%	62	בעיית הימורים
100.00%	3041	100.00%	89	100.00%	437	100.00%	848	100.00%	1667	סך הכול

לוח מספר 6 - סיווג בעיית הימורים לפי ציון ה-SOGS, לפי השכלה

השכלה														
סך הכול		תואר שני ומעלה		תואר אקדמי ראשון		על תיכוני ללא תואר אקדמי		תיכונית, עם תעודת בגרות		תיכונית, ללא תעודת בגרות		יסודית או פחות		
%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	
71.29%	2168	76.67%	424	74.34%	733	66.56%	416	68.09%	416	67.07%	167	70.59%	12	ללא בעיית הימורים
24.96%	759	21.52%	119	22.52%	222	29.76%	186	26.68%	163	25.70%	64	29.41%	5	סיכון כלשהו
3.75%	114	1.81%	10	3.14%	31	3.68%	23	5.24%	32	7.23%	18	0.00%	0	בעיית הימורים
100.00%	3041	100.00%	553	100.00%	986	100.00%	625	100.00%	611	100.00%	249	100.00%	17	סך הכול

לוח מספר 7 - סיווג בעיית הימורים לפי ציון ה-SOGS, לפי הכנסה

הכנסה														סיווג לפי שאלון SOGS
סך הכול		מסרבת/ת לענות		הרבה מעל הממוצע		קצת מעל הממוצע		דומה לממוצע		קצת מתחת לממוצע		הרבה מתחת לממוצע		
%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	
71.29%	2168	77.17%	426	72.79%	214	71.37%	526	67.95%	424	66.75%	283	71.95%	295	ללא בעיית הימורים
24.96%	759	20.29%	112	23.47%	69	25.92%	191	28.53%	178	27.12%	115	22.93%	94	סיכון כלשהו
3.75%	114	2.54%	14	3.74%	11	2.71%	20	3.53%	22	6.13%	26	5.12%	21	בעיית הימורים
100.00%	3041	100.00%	552	100.00%	294	100.00%	737	100.00%	624	100.00%	424	100.00%	410	סך הכול

בחינת ערכי סף אחרים להגדרת הסיכון להפרעת הימורים

מניתוח תיאורי של התוצאות עולה כי שיעור המשתתפים במדגם שנמצא בסיכון ממשי להתמודדות עם

הפרעת הימורים (כ-3.7%) עולה בקנה אחד עם ממצאים ממחקרים קודמים בעולם (Kim et al., 2021; Sulkunen et al., 2021) ובארץ. נראה כי גורמים כגון מגדר, גיל השכלה והכנסה רלוונטיים ויכולים לשחק תפקיד משמעותי במיפוי השכיחות או הסיכון לפיתוח הפרעת הימורים. עם זאת, החלוקה המקורית של ציוני המשתתפים בשאלון ה-SOGS סובלת ממספר חסרונות מרכזיים ומהותיים: ראשית, החלוקה המקורית איננה רגישה מספיק ברמות הביניים. קרי, משתתפים עם מענה חיובי על שאלה אחת מקובצים יחד עם משתתפים בעלי ציון גבוה יותר. למשל, משתתף פלוני ענה בחיוב על השאלה "האם אי פעם הימרת על יותר ממה שהתכוונת להמר?" וציונו 1. משתתף אחר, ענה בחיוב על שאלה זו וענה גם בחיוב על השאלות הבאות: "האם אי פעם הרגשת שאתה רוצה להפסיק להמר על כסף ולא חשבת שאתה יכול?", "האם אי פעם הרגשת שאתה רוצה להפסיק להמר על כסף ולא חשבת שאתה יכול?" ו-"האם אי פעם טענת שהרווחת כסף כשהימרת כשלמעשה לא באמת הרווחת אלא הפסדת כסף?". חוסר הרגישות של החלוקה המקורית איננו נכון, הן מהבחינה המתודולוגית (חוסר רגישות של המדד) והן מבחינה קלינית/אפידמיולוגית – בכדי לסווג את שיעור הסיכון לרמות שונות של הפרעת הימורים או לאתר מצבים תת-קליניים. ייתכן וחוסר הרגישות של החלוקה ממסכת על מצב של תחלואה תת קלינית ('Diagnostic orphans') – המרמזת על שכיחות מאוד גבוהה של אנשים הנמצאים בסיכון בינוני לפיתוח הפרעת הימורים. לאור האמור, ניתוח הממצאים להלן מציג שתי חלוקות נוספות של ציוני ה-SOGS: (1) חלוקה א' – חלוקה זו נשענת על החלוקה המקורית אך מחלקת את רמת הסיכון הראשונה לשתי רמות משנה כדלהלן: ציון 0 – אין בעיית הימורים, ציון הנע בין 1 ל-2 - סיכון נמוך, 3-4 – סיכון בינוני וציון של 5 ומעלה – סיכון גבוה. (2) חלוקה ב' – חלוקה זו מתבססת על עדכון ההתייחסות להפרעת הימורים ב-DSM-5 (American Psychiatric Association, 2012) והישענות על

קריטריון לאבחון הפרעת הימורים הכולל מענה חיובי ל-4 מתוך 9 קריטריונים (למשל, האדם חווה ניסיונות כושלים וחוזרים לשלוט, להפחית או להפסיק להמר; מחשבות אודות הימורים ועוד). היות וה-SOSG איננו שאלון לאבחון קליני אלא שאלון סינון, ההתמקדות בניתוח להלן איננה בדרגות החומרה השונות אלא בערך הסף ממנו ניתן להגדיר סיכון להפרעה ברמת חומרה קלה ואילך, קרי הופעה של 4 סימפטומים ומעלה. על אף שה-SOSG שאלון ישן יחסית, הוא מתכתב באופן חלקי עם הקריטריונים השונים לאבחנה על פי ה-DSM-5. לפיכך, חלוקה נוספת שתבחן היא כדלהלן: ציון 0 – אין בעיית הימורים, ציון הנע בין 1 ל-3 – סיכון נמוך, 4 ומעלה – סיכון גבוה.

השוואה בין שיטות חלוקה שונות להגדרת ערכי סף עבור רמות סיכון שונות לסיכון מהפרעת הימורים מוצגת בלוח מספר 8. מתיאור התוצאות ניתן לראות כי חלוקה א' מדגישה בעיקר את רמות הביניים של סיכון בינוני לפיתוח הפרעת הימורים. בקרב גברים, שיעור המשתתפים המוגדר בסיכון בינוני או גבוה הינו כ-12% בקירוב, כמעט פי 2 משיעורם על פי הגדרת הסיכון הגבוה בלבד בחלוקה המקורית. דפוס דומה ניתן למצוא בקרב הנשים – שיעור המשתתפות המוגדרות בסיכון בינוני או גבוה הינו כ-3% בקירוב, פי 2 בקירוב משיעורן על פי הגדרת הסיכון הגבוה בלבד בחלוקה המקורית. חלוקה ב', ממחישה כי באופן כללי שיעור המשתתפים הנמצאים בסיכון גבוה על פי ערך סף של ציון 4 ומעלה בשאלון ה-SOSG הינו 5.26% עבור כלל המשתתפים (פי 1.4 לעומת החלוקה המקורית), 8.26% עבור גברים (פי 1.3 לעומת החלוקה המקורית) ו-2.39% עבור נשים (פי 1.6 לעומת החלוקה המקורית). השכיחויות המדווחות כאן מתקבלות בקירוב גם לאחר שימוש בשיטות דגימה מחדש (Bootstrap Bca) תוך שימוש במתודות דגימה שונות (דגימה אקראית, דגימה שכבתית אקראית עם תת מדגם, גיל, מגדר, דתיות והשכלה).

לטובת ניתוח הנתונים ובחינת השערות המחקר המרכזיות ייעשה שימוש בשיטת חלוקה א'. זאת משני טעמים: ראשית, השערות המחקר המרכזיות נוגעות בבניית מודלים לניבוי ציון שאלון ה-SOSG, לפיכך, זהו מדד החלוקה הרגיש ביותר מבין שלוש שיטות החלוקה שהוצעו כאן. שנית, שינוי ערכי הסף של שאלון ה-SOSG למיפוי סיכון להפרעת הימורים הינו מהלך חיוני וחשוב אך הוא מעבר למטרתו של המחקר הנוכחי.

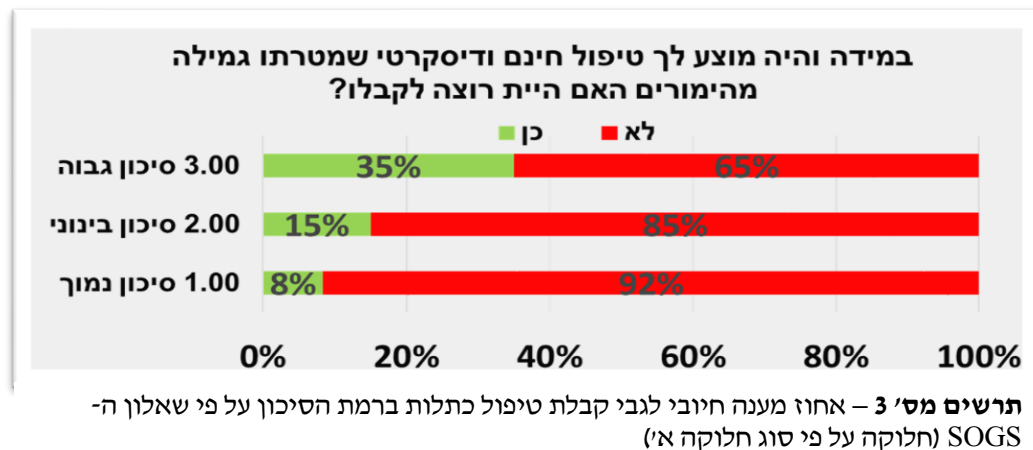
לוח מספר 8 – השוואה בין שיטות חלוקה שונות להגדרת ערכי סף עבור רמות שונות לסיכון להפרעת הימורים

שיטת חלוקה על פי ערכי סף	פרופיל	ציון SOSG	גברים	נשים	סך הכול
כל השיטות*	ללא בעיית הימורים*	0	63.06%	79.24%	71.32%
חלוקה מקורית	סיכון כלשהו	1-4	30.83%	19.28%	24.93%
	סיכון גבוה	5 ומעלה	6.11%	1.48%	3.75%
חלוקה א'	סיכון נמוך	1-2	25.05%	17.60%	21.25%
	סיכון בינוני	3-4	5.78%^	1.68%^	3.68%^
חלוקה ב'	סיכון נמוך	1-3	28.68%	18.38%	23.42%
	סיכון גבוה	4 ומעלה	8.26%^	2.39%^	5.26%^

הערה: *שיטות החלוקה השונות לא רלוונטיות לחישוב אחוז המשתתפים ללא הפרעת הימורים. ^תוצאות משמעותיות שיש בהן שינוי כתוצאה משינוי שיטת החלוקה מסומנות ב-^ . ערכים רלוונטיים לדיון מודגשים.

אני מכור להימורים? מה פתאום! תפיסת הצורך בטיפול

בהתייחס לשאלה – "האם אתה חושב שת.ה.מכור.ה.הימורים", מבין המשתתפים המוגדרים בסיכון גבוה - כ- 63% השיבו בטוח שלא או כנראה שלא. כ-37% השיבו שאולי, כנראה שכן או בטוח שכן. מבין המשתתפים המוגדרים בסיכון בינוני, כ-87.5% השיבו בטוח שלא או כנראה שלא. נושא הטיפול עלה בשאלה "במידה והיה מוצע לך טיפול חינוך ודיסקרטי שמטרתו גמילה מהימורים האם היית רוצה לקבלו?" בה התבקש הנבדק לענות כן/לא. כפי שניתן לראות בתרשים מס' 3, כ-35%, 15% ו-8% מבין המשתתפים בסיכון גבוה, בינוני ונמוך (בהתאמה) ענו בחיוב על שאלה זו. מחד, מתוך הנתונים התיאוריים עולה כי ייתכן וקיימת תלות בין דרגת הסיכון להסתכמה להשתתפות בטיפול. מאידך, מתוך הנתונים התיאוריים עולה כי קיים פער גדול מאוד בין תפיסה עצמית של האדם כסובל מהפרעה ותפיסת הצורך בטיפול לעומת התמונה העולה מתוך נתוני שאלון ה-SOGS.



בדיקת השערות

לטובת בדיקת ההשערות ומענה על שאלות המחקר המרכזיות (האם משתנים פסיכולוגיים שונים, התנהגותיים, קוגניטיביים ורגשיים יכולים לנבא את קיומה וחומרתה של בעיית הימורים ואת הצורך בטיפול), נבנו מודלים סטטיסטיים שונים לניתוח הנתונים. מודל מס' 1 בחן את הקשר בין המשתנים השונים למשתנה התוצאה (ציון בשאלון ה-SOGS) תוך הסתמכות על הציון המחושב בשאלון. מודל מס' 2 בחן את הקשר בין משתני המחקר השונים תוך חלוקת ציון ה-SOGS לקטגוריות סיכון שונות, תוך הסתמכות על חלוקה א' (סיכון נמוך: ציון 1-2, סיכון בינוני: ציון 3-4, וסיכון גבוה: ציון 5 ומעלה). פרק התוצאות מאורגן לפי שני תת פרקים: בראשון, יוצגו התוצאות הקשורות לכלל המדגם ויכללו מודלי רגרסיה שונים לניבוי חומרת ההפרעה והצורך בטיפול. בתת הפרק השני, יוצגו ניתוחים הכוללים משתנים ספציפיים שנמדדו בנוסף בכל תת מדגם. ניתוחים אלו כוללים מודלי רגרסיה שונים לניבוי חומרת ההפרעה והצורך בטיפול.

לשם בחינת הקשר בין משתני רקע שונים (מגדר, גיל, דתיות, השכלה, מקום מגורים והכנסה) ומשתנים שונים (חשיפה - עבר/היכרות עם הימורים, לקיחת סיכונים – IRT, SRT, חוסן נפשי⁶, ומשתנה מתוקנן של שביעות רצון, משמעות ואושר סובייקטיבי⁷) לבין הציון בשאלון ה-SOGS, נבנה מודל רגרסיה מסוג Negative Binomial Regression, מודל זה לוקח בחשבון את פיזור וצורת התפלגותם של ציוני ה-SOGS. מודל זה הושווה למודל ללא מנבאים (Intercept only) ומודל שכלל רק משתנים סוציו-דמוגרפיים. גדלי האפקט באים לידי ביטוי שיעור יחסי היארעות (Incidence Rate Ratio - IRR) – כאשר ה-IRR של משתנה נתון גדול מ-1, המשתנה מייצג גורם סיכון – רמות גבוהות על המשתנה הנמדד קשורות לעלייה במשתנה התלוי (ציון ה-SOGS במודל זה), בעוד IRR קטן מ-1 מייצג גורם חוסן – רמות גבוהות על המשתנה הנמדד קשורות לירידה במשתנה התלוי. ערך IRR של 1 מייצג מצב של חוסר קשר.

המודל היה מובהק סטטיסטית ($Wald\ chi^2(23) = 787.65, p < .0001$) והסביר כ-12% מהשונות⁸ בציוני ה-SOGS. המודל שכלל את המשתנים הפסיכולוגיים השונים היה טוב יותר לעומת מודל ללא משתנים מנבאים ומודל שכלל את משתני הרקע הסוציו-דמוגרפיים כמשתנים בלתי תלויים, שהסביר רק כ-2.7% מהשונות ($\Delta BIC = 554.37, \Delta AIC = 584.44, LR\ test: \chi^2(5) = 594.44, p < 0.0001$).

מניתוח הנתונים המוצג בלוח מספר 9, ניתן לראות כי בהשוואה למשתתפים בעלי הכנסה גבוהה (הרבה מעל הממוצע), ה-IRR של נבדקים בעלי הכנסה נמוכה וממוצעת גבוהה במובהק מ-1, קרי בהשוואה לבעלי הכנסה גבוהה הם בעלי ציון SOGS גבוה יותר. בנוסף, נמצא כי בהשוואה למשתתפים חילוניים, משתתפים חרדים הם בעלי ציון SOGS גבוה יותר. מבחינת השכלה, בהשוואה לקבוצת משתתפים ברמת השכלה גבוהה (בעלי תואר שני ומעלה) רמות נמוכות יותר של השכלה מקושרות לציון SOGS גבוה יותר. כמו כן, ניתוח הממצאים מראה כי לגברים יש ציוני SOGS גבוהים יותר בהשוואה לנשים ($IRR = 1.40$). בנוסף נמצא קשר בין גורמי הסיכון הבאים לציון ה-SOGS: חשיפה (היכרות וניסיון עבר עם משחקי הימורים שונים, $IRR = 1.40$) וסיכון ריגושי ($IRR = 1.60$). לסיום, נמצאו מספר גורמי חוסן: חוסן נפשי ($IRR = 0.81$) וקשרים (בעלי מובהקות שולית) לשני משתנים - שביעות רצון כללית ($IRR = 0.91$) וסיכון אינסטרומנטלי ($IRR = 0.91$). בהקשר זה חשוב לציין כי גדלי האפקט שנמצאו עבור רוב המשתנים הינם קטנים יחסית ומצריכים אישוש במחקר נוסף.

⁶ חוסן נפשי ומסוגלות עצמית היו בקורלציה בינונית-גבוהה ($r = 0.55$). המודלים שונים נבנו על בסיס השימוש במשתנה חוסן נפשי.
⁷ המשתנים הלו נמצאים בקורלציה גבוהה מאוד ($r = 0.76 - r = 0.68$), לפיכך, נערך ניתוח גורמים (PAF) ועל בסיסו נבנה משתנה אחד – שביעות רצון כללית מהחיים. משתנה זה היה בעל קורלציה גבוהה מאוד עם המשתנים המרכיבים אותו ($r = \sim 0.9$).
⁸ בכל הניתוחים מוצג Pseudo-R-squared (McFadden's) כמדד לטיב ההתאמה של המודל.

לוח מספר 9 – ניבוי ציוני שאלון ה- SOGS ($N=3023$)

95% CI	P>z	z	std. err.	IRR	
1.01	1.00	0.16	1.39	0.00	1.00
גיל					
הכנסה (בהשוואה להרבה מעל הממוצע)					
2.02	1.02	0.04	2.05	0.25	1.43
2.03	1.08	0.02	2.43	0.24	1.48
1.90	1.03	0.03	2.17	0.22	1.40
1.55	0.84	0.40	0.84	0.18	1.14
1.58	0.73	0.73	0.35	0.21	1.07
דת (בהשוואה ליהודי חילוני)					
1.29	0.89	0.46	0.74	0.10	1.07
1.44	0.87	0.38	0.89	0.14	1.12
3.74	1.29	0.00	2.89	0.60	2.20
השכלה (בהשוואה לתואר אקדמי - תואר שני)					
1.75	0.92	0.14	1.47	0.21	1.27
1.86	1.06	0.02	2.37	0.20	1.40
1.72	1.01	0.04	2.01	0.18	1.31
1.41	0.85	0.50	0.67	0.14	1.09
אזור מגורים (בהשוואה לאזור המרכז)					
1.24	0.70	0.65	-0.45	0.14	0.94
1.07	0.71	0.20	-1.27	0.09	0.88
1.21	0.78	0.80	-0.26	0.11	0.97
1.17	0.67	0.39	-0.85	0.12	0.89
1.67	1.17	0.00	3.71	0.13	1.40
1.21	1.16	0.00	16.36	0.01	1.19
0.90	0.73	0.00	-3.83	0.04	0.81
1.00	0.83	0.06	-1.91	0.04	0.91
1.75	1.46	0.00	10.20	0.07	1.60
1.02	0.82	0.10	-1.65	0.05	0.91
0.14	0.05	0.00	-9.87	0.02	0.09

^a המודל לא כלל בעלי השכלה יסודית בשל מיעוט המשתתפים השייכים לקבוצה זו - N=17.

בשלב הבא, נבנה מודל רגרסיה בכדי לנבא את חומרת הסיכון בקרב משתתפים בעלי ציון SOGS גבוה

מ-1 (על פי חלוקה א': קטגוריה א' - ציון SOGS בין 1 ל-2 - סיכון נמוך; קטגוריה ב': ציון 3-4 - סיכון בינוני; קטגוריה ג': ציון של 5 ומעלה - סיכון גבוה). המשתנים הבלתי תלויים היו זהים לניתוח הקודם.

נבנה מודל רגרסיה מסוג Ordered Logistic Regression. במודל זה, גדלי האפקט באים לידי ביטוי ביחס

הסיכויים (Odds Ratio - OR) - כאשר OR גדול מ-1 מייצג גורם סיכון, בעוד OR קטן מ-1 מייצג גורם

חוסן. ערך OR של 1 מייצג מצב של חוסר קשר. בשל האופי האורדינלי של המודל, ניתוח המודל לווה

במבחנים סטטיסטיים שונים לבחינת הנחות המודל האורדינלי (Proportional Odds/Parallel Lines

Assumption). המודל היה מובהק סטטיסטית ($Wald\ chi^2(23) = 147.72\ p < .0001$) והסביר כ- 15%

מהשונויות ברמות הסיכון לפיתוח הפרעת התמכרות להימורים. מניתוח הנתונים המוצג בלוח מספר 10, ניתן לראות כי משתתפים חרדים נמצאים בסיכון גבוה יותר לפיתוח הפרעת הימורים לעומת משתתפים חילוניים (OR=4), בעלי השכלה תיכונית, ללא תעודת בגרות נמצאים גם כן בסיכון גבוה (OR=2.38) בהשוואה למשתתפים בעלי השכלה גבוהה – משתתפים בעלי תואר שני ומעלה). כמו כן, גברים בסיכון גבוה יותר לסיווג גבוה יותר של הפרעת הימורים ביחס לנשים (OR=1.73). ממצאים נוספים הדגימו כי היכרות וחשיפה גבוהה להימורים (OR=1.16), כמו גם, סיכון ריגושי גבוה (OR=1.64) מהווים גורמי סיכון מרכזיים, בעוד חוסן נפשי גבוה (OR=0.84) וסיכון אינסטרומנטלי גבוה (OR=0.74) מהווים גורמי חוסן. בהקשר זה חשוב לציין כי גדלי האפקט שנמצאו עבור רוב המשתתפים הינם קטנים יחסית ומצריכים אישוש במחקר נוסף.

לוח מספר 10 – ניבוי חומרת סיכון על פי שאלון ה-SOGS – חלוקה א' בעלי ציון SOGS > 0 (N=867)

	95% CI	P>z	z	std. err.	OR	
גיל	1.02	1.00	0.21	1.25	0.01	1.01
הכנסה (בהשוואה להרבה מעל הממוצע)						
הרבה מתחת לממוצע	3.99	0.86	0.12	1.57	0.72	1.85
קצת מתחת לממוצע	3.41	0.80	0.18	1.35	0.61	1.65
דומה לממוצע	2.63	0.62	0.51	0.66	0.47	1.28
קצת מעל הממוצע	1.77	0.43	0.71	-0.37	0.32	0.87
משתתפים שלא ענו לשאלה זו	2.08	0.26	0.56	-0.58	0.39	0.73
דת (בהשוואה ליהודי חילוני)						
יהודיה מסורתית	1.40	0.64	0.79	-0.26	0.19	0.95
יהודיה דתית	1.46	0.46	0.49	-0.69	0.24	0.82
יהודיה חרדית	10.64	1.50	0.01	2.77	2.00	3.99
השכלה (בהשוואה לתואר אקדמי - תואר שני)						
תיכונית, ללא תעודת בגרות	4.70	1.21	0.01	2.50	0.83	2.38
תיכונית, עם תעודת בגרות	2.86	0.75	0.26	1.12	0.50	1.46
על תיכונית ללא תואר אקדמי	2.21	0.62	0.63	0.48	0.38	1.17
תואר אקדמי ראשון	2.61	0.75	0.29	1.06	0.44	1.40
אזור מגורים (בהשוואה לאזור המרכז)						
02 - ירושלים והסביבה	1.85	0.54	0.99	-0.01	0.31	1.00
04 - צפון	1.31	0.56	0.47	-0.73	0.19	0.85
08 - דרום ושפלה	1.43	0.55	0.63	-0.49	0.22	0.89
09 - השרון	1.13	0.31	0.11	-1.59	0.20	0.59
מגדר (גבר=1)						
חשיפה	1.21	1.11	0.00	6.48	0.03	1.16
חוסן נפשי	1.00	0.65	0.05	-1.96	0.09	0.81
שביעות רצון	1.07	0.73	0.21	-1.24	0.09	0.89
סיכון ריגושי (SRT)	2.03	1.33	0.00	4.65	0.18	1.64
סיכון אינסטרומנטלי (IRT)	0.91	0.59	0.01	-2.84	0.08	0.74
חותך 1	4.67	2.50		0.55		3.58
חותך 2	5.74	3.53		0.56		4.64

המודל לא כל בעלי השכלה יסודית בשל מיעוט המשתתפים השייכים לקבוצה זו – N=17.

בשלב האחרון נעשה שימוש במשתנים השונים בכדי לנבא מענה חיובי לתפיסת צורך בטיפול בקרב

המשתתפים (במידה והיה מוצע לך טיפול דיסקרטי חינוך שמטרתו גמילה מהימורים האם היית רוצה

לקבלו; אפשרות מענה - כן/לא מקודדת: כן=1, לא=0). נבנה מודל רגרסיה לוגיסטית (Logistic

Regression) בצעדים (Stepwise) לניבוי מענה המשתתפים. גדלי האפקט במודל לוגיסטי באים לידי ביטוי

ביחס הסיכויים (OR). ניתוח הנתונים הראה כי המודל היה מובהק סטטיסטית ($p < .0001$) והסביר כ- 8.40% מהשונות.

המשתנים שניבאו את תפיסת הצורך בטיפול היו דרגת הסיכון בהשוואה ללא מהמרים (סיכון נמוך,

בינוני וגבוה: 1.72, 2.89, 7.57), חשיפה להימורים ($OR=1.06$, $p=0.009$) וחוסן נפשי ($OR=0.84$)

($p=0.054$). חשוב לציין כי גדלי האפקט שנמצאו עבור רוב המשתנים הינם קטנים יחסית ומצריכים אישוש

במחקר נוסף. בעוד משתני חשיפה להימורים ודרגת הסיכון

היוו גורמי סיכון, קרי חשיפה גבוהה יותר להימורים ודרגת

סיכון גבוהה יותר מעלים את הסיכוי לענות באופן חיובי

לצורך בטיפול, דווקא משתנה החוסן נפשי שנמצא בשני

המודלים הקודמים כגורם חוסן מפני פיתוח הפרעת

הימורים דווקא מקטין את ההסתברות של המשתתף לענות

באופן חיובי. כלומר, ככל שציון החוסן גבוה יותר, הסיכוי

למענה חיובי בהתייחס לצורך בטיפול יורד (ראה תרשים

מס' 4). ללא משתנה הסיווג לקטגוריות על פי שאלון ה-

SOGS, המודל עודנו מובהק סטטיסטית ($p < .0001$) אך מסביר רק כ- 4.5% מהשונות. עם זאת, משתני

החשיפה ($OR=1.13$, $p=0.009$) והחוסן ($OR=0.80$, $p=0.004$) עדיין מובהקים וגודל האפקט שלהם גדל.

ניתוח לפי תת מדגמים

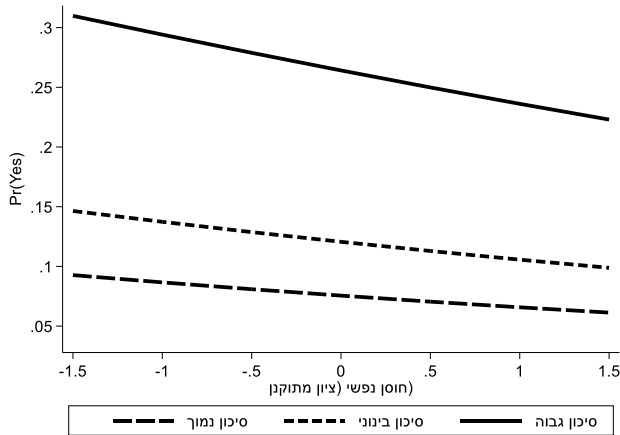
טרם בדיקת ההשערות נערכו ניתוחים מוקדמים בכדי לוודא כי המדגמים דומים במאפייני הרקע של

הנבדקים ובחלוקה לקטגוריית בהתאם לשאלון ה-SOGS (חלוקה א'). מניתוח הנתונים (ראה לוח מספר 11)

עולה כי לא קיימים הבדלים משמעותיים בין תתי המדגמים השונים ביחס לסיווג לרמות סיכון על פי ציון ה-

SOGS (ראה גם לוח מספר 12), מגדר, הכנסה, מקום מגורים וגיל. נמצאו הבדלים משמעותיים אך בעלי גודל

אפקט קטן⁹ מאוד ביחס להשכלה והגדרה דתית.



תרשים מס' 4 – ההסתברות לענות בחיוב על השאלה אודות תפיסת הצורך בטיפול כתלות ברמות החוסן הנפשי. לפי חלוקה לרמות סיכון על פי שאלון ה-

⁹ הבדלים אלו לא עומדים במבחן לתיקון של השוואת מרובות, בעלי גודל אפקט קטן יחסית ונובעים משינוי קל בשכיחות היהודים המסורתיים ותת ייצוגם של בעלי השכלה יסודית בתת מדגם 3.

לוח מספר 11 – (אי) תלות בין חלוקה לתתי המדגמים למשתני רקע סוציו-דמוגרפיים

משתנים			
Cramer's V = 0.023	p = 0.773	$X^2(6, N=3041) = 3.276$	סיווג על פי שאלון ה-SOGS
Cramer's V = 0.016	p = 0.685	$X^2(2, N=3041) = 0.758$	מגדר
Cramer's V = 0.031	p = 0.685	$X^2(10, N=3041) = 2.727$	הכנסה
Cramer's V = 0.047	p = 0.752	$X^2(10, N=3041) = 6.715$	מקום מגורים
Cramer's V = 0.082	p = 0.027	$X^2(10, N=3041) = 20.279$	השכלה
Cramer's V = 0.072	p = 0.015	$X^2(6, N=3041) = 15.769$	הגדרה דתית
Eta-sq=0.001	p=0.305	$F(2, 3037) = 1.187$	גיל

לוח מספר 12 - טבלת צילווח של משתנה סיווג לחומרת סיכון על פי ציון ה-SOGS ותת המדגם

סך הכול	תת מדגם							
	3		2		1			
	%	N	%	N	%	N		
71.3%	2168	70.8%	720	70.9%	722	72.2%	726	ללא בעיית הימורים
21.3%	647	21.8%	222	21.9%	223	20.1%	202	סיכון נמוך
3.7%	112	4.1%	42	3.3%	34	3.6%	36	סיכון בינוני
3.7%	114	3.2%	33	3.8%	39	4.2%	42	סיכון גבוה
100.0%	3041	100.0%	1017	100.0%	1018	100.0%	1006	סך הכול

עבור תת מדגם 1, המודל המקורי לניבוי ציוני ה-SOGS הסביר כ- 14% מהשונויות והיה מובהק סטטיסטית ($Wald\ chi^2(23) = 382.52, p < .0001$). בסדרה של ניתוחי רגרסיה נמצא כי הכנסתם של משתני האופטימיות, מקסום, צורך בקוגניציה והסתמכות על אינטואיציה במקום משתני חוסן נפשי, שביעות רצון ושני סוגי הסיכון השונים מביא לתוצאה דומה ולהסבר של כ- 14% מהשונויות בציוני ה-SOGS ($Wald\ chi^2(23) = 294.79, p < .0001$). משתנה האופטימיות מהווה גורם חוסן ($IRR=0.788, p=0.0003$), כמו גם משתנה הצורך בקוגניציה ($IRR=0.819, p=0.014$) ומשתנה הסתמכות על אינטואיציה ($IRR=0.821, p=0.016$), בעוד מקסום מהווה גורם סיכון ($IRR=1.26, p < 0.001$), קרי, ציון מקסום גבוה קשור לעלייה בציון ה-SOGS. עבור תת מדגם 2, המודל המקורי לניבוי ציוני ה-SOGS הסביר כ- 11.5% מהשונויות בציוני ה-SOGS והיה מובהק סטטיסטית ($Wald\ chi^2(23) = 285.53, p < .0001$). בסדרה של ניתוחי רגרסיה נמצא כי הכנסת משתנה הוויסות הרגשי במקום משתני החוסן הנפשי, גורמי הסיכון ושביעות רצון כללית מהחיים, מביאה לתוצאה דומה ומסבירה כ- 11.2% מהשונויות ($Wald\ chi^2(23) = 284.71, p < .0001$). ויסות רגשי גבוה מהווה גורם חוסן משמעותי וחזק ($IRR=0.632, p < .0001$). עבור תת מדגם 3, המודל המקורי לניבוי ציוני ה-SOGS היה מובהק סטטיסטית ($Wald\ chi^2(23) = 334.15, p < .0001$) והסביר כ- 13.80% מהשונויות בציוני ה-SOGS. בסדרה של ניתוחי רגרסיה נמצא כי הכנסת משתנה רווחה נפשית או מיטביות במקום חוסן נפשי ושביעות רצון כללית מהחיים, מביאה לתוצאה דומה ומסבירה כ- 14% מהשונויות ($Well-being: Wald\ chi^2(22) = 335.38, p < .0001$). למרות שהמודלים השונים היו מובהקים יש לשים לב כי גדלי האפקט שנמצאו עבור רוב המשתנים הינם קטנים יחסית ומצריכים אישור במחקר נוסף.

מטרת המחקר הנוכחי הייתה להעריך את שכחותה של הפרעת הימורים בקרב האוכלוסייה היהודית הבוגרת בישראל נכון לסוף שנת 2021, ולבחון האם מגוון רחב של משתנים קוגניטיביים, אישיותיים והתנהגותיים (כגון חוסן נפשי, רווחה נפשית, ויסות רגשי) יכול לנבא את חומרת ההתמכרות להימורים, ואת הצורך בטיפול בה כמו גם לנסות ולהעריך את הקשר בין הימצאות התופעה, והסיכון לפיתוח הפרעת הימורים, לבין תובנה למחלה. בנוסף, נעשה ניסיון לבחון סיווגים שונים להגדרת רמת סיכון לפיתוח הפרעת הימורים. בכדי לבחון שאלות אלו נערך מחקר חתך, רחב היקף, בקרב האוכלוסייה היהודית הבוגרת בישראל. משתתפי הסקר ענו על שאלוני דיווח עצמי לבחינת התנהגות הימורים (SOGS) ותפיסתם לגבי הצורך בטיפול. בנוסף, הנבדקים ענו על מגוון רב של שאלונים הבוחנים משתנים שונים כגון, משתני רקע סוציו-דמוגרפיים, לקיחת סיכונים (סיכון ריגושי לצד אינסטרומנטלי), חוסן נפשי, מסוגלות עצמית, שביעות רצון, משמעות, אושר סובייקטיבי, סגנון חשיבה, הטיות קוגניטיביות והימנעות מהפסד, מקסום, אופטימיות, ויסות רגשי, מיטביות, רווחה נפשית, ותסמינים פסיכוסומטיים.

מבנה הסקר כלל שלושה מדגמים, כל אחד מהם כלל קצת יותר מ-1000 משתתפים, אשר נדגמו בדגימה מייצגת של האוכלוסייה היהודית הבוגרת בישראל. חלק מן המשתתפים נמדדו בכל מהדגמים (התנהגות הימורים, תפיסת הצורך בטיפול, חוסן נפשי, לקיחת סיכונים ועוד), בעוד חלק מן המשתתפים נמדדו בכל תת מדגם על פי מיקוד מוגדר מראש. ספציפית, תת מדגם מס' 1 כלל מיקוד קוגניטיבי בו נכללה מדידה של משתנים כגון הטיות קוגניטיביות, מקסום, סגנון חשיבה ואופטימיות. תת מדגם מס' 2 כלל שאלון רחב היקף לבחינת ויסות רגשי, בעוד תת מדגם מס' 3 כלל שאלונים לבחינת היבטים כגון רווחה נפשית, מיטביות ותסמינים פסיכוסומטיים.

ממצאי המחקר מראים כי כ-71% מכלל משתתפי הסקר אינם בסיכון לפיתוח הפרעת הימורים, וכ-3.75% נמצאים בסיכון גבוה לפיתוח הפרעה זו. כ-25% נמצאים בסיכון כלשהו לפיתוח הפרעת הימורים. על פי החלוקה שהוצעה במחקר זה, פוצלה רמת סיכון הביניים לשתי רמות משנה: סיכון נמוך (ציון 1-2 בשאלון ה-SOGS) שכללה כ-21% מן המשתתפים, ורמת סיכון בינונית (ציון 3-4 בשאלון ה-SOGS) שכללה כ-3.7% מן המשתתפים. הממצאים מראים כי מגדר קשור מאוד לשכיחות ההפרעה וחומרתה. בקרב גברים היו כ-6.1% בסיכון גבוה לפיתוח הפרעת הימורים לעומת 1.5% בקרב נשים. דפוס מגדרי דומה נמצא גם ביחס למשתתפים בסיכון בינוני (5.8% לעומת 1.7%). מניתוח תיאורי של המשתתפים הסוציו-דמוגרפיים עולה כי גברים צעירים, בעלי השכלה נמוכה והכנסה נמוכה נמצאים בסיכון לפיתוח בעיית הימורים.

ממצא מדאיג אחד העולה מניתוח הנתונים קשור לתפיסת הצורך בטיפול בקרב משתתפים בעלי סיכון לפיתוח הפרעת הימורים. מבין המשתתפים המוגדרים בסיכון גבוה - כ-63% השיבו שהם לא חושבים כי הם מכורים להימורים, בעוד שמבין המשתתפים המוגדרים בסיכון בינוני, כ-87% ענו כי הם לא חושבים שהם

מכורים להימורים. ממצא דומה משתקף ביחס למענה על שאלה הנוגעת בצורך בטיפול. רק כ-35%, 15% ו-8% מבין המשתתפים בסיכון גבוה, בינוני ונמוך (בהתאמה) ענו בחיוב על שאלה זו. מחד, ממצא זה מדגים כי קיימת תלות בין רמת הסיכון לתפיסת צורך (קשר שאושש במודלי הרגרסיה) ומשקף כי עם עלייה בסיכון לפיתוח הפרעת ההימורים, עולה הצורך או ההסכמה לקבל טיפול. מאידך, כ-65% מהמשתתפים בסיכון גבוה ו-85% מהמשתתפים הנמצאים בסיכון בינוני לא חושבים שיש להם צורך בקבלת טיפול. פער משמעותי זה עולה בקנה אחד עם ממצאים אחרים בספרות המתארים פגיעה בתובנה כמייצרת חסם מרכזי לקבלת טיפול. אמנם, לא ניתן להעיד על סיבתיות ממחקר חתך מתאמי, אך עדיין ניתן להציע, על בסיס הממצאים מהמחקר הנוכחי, כי קיים קשר בין הכרה בהפרעה להסכמה להשתתפות בטיפול. בהמשך הדיון נקודה זו זוכה להתייחסות נוספת.

ממצאים מרכזיים נוספים העולים מן המחקר הנוכחי נוגעים לחשיבות של משתנים פסיכולוגיים שונים בניבוי התנהגות הימורים, הבחנה בין רמות חומרה שונות וניבוי מי מבין המשתתפים מסכים לקבל טיפול. מספר משתנים נמצאו כמנבאים של התנהגות הימורים באופן כללי, כפי שזאת נמדדת באמצעות ציון בשאלון ה-SOGS. מגדר, הכנסה, השכלה ודתיות נמצאו כמשתני רקע סוציו-דמוגרפיים הקשורים לציוני ה-SOGS, אם כי תרומתם המשותפת לא גבוהה מאוד. בנוסף, חשיפה גבוהה, קרי, היכרות וניסיון עבר עם משחקי הימורים שונים ($IRR=1.40$) לצד סיכון ריגושי גבוה ($IRR=1.60$) מהווים גורמי סיכון קריטיים, בעוד שביעות רצון כללית וסיכון אינסטרומנטלי ($IRR=0.91$) משמשים כגורמי חוסן. לניבוי רמת החומרה בקרב נבדקים בעלי רמת סיכון נמוכה ומעלה נמצא כי משתתפים חרדים נמצאים בסיכון גבוה יותר לפיתוח הפרעת הימורים לעומת משתתפים חילוניים ($OR=4$), בעלי השכלה תיכונית, ללא תעודת בגרות נמצאים גם כן בסיכון גבוה ($OR=2.38$) בהשוואה למשתתפים בעלי השכלה גבוהה (משתתפים בעלי תואר שני ומעלה). כמו כן, גברים בסיכון גבוה יותר לרמת סיכון של הפרעת הימורים ביחס לנשים ($OR=1.73$). בדומה לממצאים עבר כלל המשתתפים, נמצא כי היכרות וחשיפת עבר גבוהה להימורים ($OR=1.16$), כמו גם, סיכון ריגושי גבוה ($OR=1.64$) מהווים גורמי סיכון מרכזיים, בעוד שחוסן נפשי גבוה ($OR=0.84$) וסיכון אינסטרומנטלי גבוה ($OR=0.74$) מהווים גורמי חוסן. למרות מובהקות האפקטים השונים, רובם בעלי גודל אפקט קטן יחסית ומצריכים אישוש במחקר נוסף.

הקשר בין חשיפה וניסיון עבר עשיר עם עולם ההימורים וסיכון לפיתוח הפרעת הימורים נמצא גם במחקרים קודמים אשר הדגימו למשל כי קיים קשר חיובי בין תדירות הימורים, הוצאות כספיות על הימורים וזק הנגרם מהימורים (Currie et al., 2006) ובין ניסיון עבר ותדירות הימורים לציוני SOGS (Barbaranelli et al., 2013). משתנה מרכזי נוסף שנמצא כחשוב מאוד הוא חוסן נפשי. ממצא זה עולה בקנה אחד עם מחקרים דומים בהם נמצא כי חוסן נפשי משמש כגורם מגן. למשל, Oei & Goh (2015) מצאו שלושה גורמי סיכון (תפיסות הקשורות להימורים, דחף להמר, מצוקה פסיכולוגית) ושני גורמי חוסן (חוסן

נפשי ומסוגלות עצמית) כמנבאים בצורה משמעותית וייחודית סיכון להפרעת הימורים. במחקר הנוכחי הושם דגש על משתנה החוסך ולא על מסוגלות עצמי. חשוב לציין כי במודלים בהם משתנה החוסך לא נמצא, מסוגלות עצמית מסבירה באופן דומה את ציוני ה-SOGS (אך לא את ההיענות לטיפול).

הממצאים מהמחקר הנוכחי עולים בקנה אחד עם ממצאים קודמים אודות הקשר בין סיכון ריגושי להתנהגות הימורית אך לא עם סיכון אינסטרומנטלי. לקיחת סיכון אינסטרומנטלית יכולה לקדם השגת מטרות כלכליות בעתיד וקשורה למאפיינים או תכונות כגון חשיבה רציונלית ותהליכי בקרה קוגניטיביים (Rogers et al., 2013; Zaleskiewicz, 2001) בעוד שסיכון ריגושי קשור למצב רוח חיובי, אימפולסיביות וחיפוש אחר ריגושים (Zaleskiewicz, 2001). מחקר קודם (Vong, 2007) הראה כי הן סיכון ריגושי והן אינסטרומנטלי קשורים באופן חיובי לעמדות כלפי הימורים. למשל, מחקר זה הראה כי סיכון ריגושי נמצא כקשור להתרגשות, תחרות, אתגר וחיבה לסיכון בקרב מהמרים בבתי קזינו במקאו.

מן המחקר הנוכחי עולה כי לשני סוגי הסיכון תפקיד שונה – סיכון ריגושי גבוה קשור לציוני SOGS גבוהים יותר ומגביר את הסבירות לסיכון גבוה לפיתוח הפרעת הימורים, בעוד שסיכון אינסטרומנטלי מתפקד כגורם מגן. על פי ההמשגה המקורית של Zaleskiewicz (2001) שהסתמך על תיאוריות דו תהליכיות שונות כבסיס לתיאוריה ולכלי המדידה, בבסיס הסיכון הריגושי קיימים מרכיבים של תהליכי קבלת החלטות אינטואיטיביים, מהירים, שאינם דורשים מאמץ רב ומסתמכים על חשיבה אוטומטית ואימפולסיבית מתוך מטרה לספק ריגוש מיידי והדוניסטי המקושר עם עוררות פיזיולוגית ומצב רוח חיובי. לעומת זאת, בבסיס הסיכון האינסטרומנטלי עומד תהליך חישובי המכוון להשגת מטרה עתידית, המערב שקלול הסתברויות של רווח לצד הפסד וכולל ניתוח רציונלי הכולל תהליכי בקרה קוגניטיבית גבוהים טרם קבלת ההחלטה. בתהליך מעין זה, בו מושם דגש על העתיד ועל השגת מטרה, תחושות של עוררות פיזיולוגיות אינן מועצמות ומשפיעות על תהליך קבלת ההחלטה. הממצאים במחקר הנוכחי מתיישבים היטב עם ההמשגה המקורית של Zaleskiewicz (2001): סיכון ריגושי גבוה כגורם סיכון להפרעת הימורים, בו התנהגות ההימורים מבטאת תהליך קבלת החלטות מהיר ואימפולסיבי בעוד סיכון אינסטרומנטלי המקושר לתהליכים מבוקרים יותר היכולים להוות חסם משמעותי המגן כנגד התנהגות הימורים מסוכנת. בהתייחס לתוצאות שהתקבלו בתתי המדגמים השונים עולה כי בתת מדגם מספר 1, נמצא כי משתנים אחרים יכולים לתרום להסבר ציוני ה-SOGS. נמצא כי אופטימיות גבוהה מהווה גורם חוסך ($IRR=0.79$), כמו גם משתנה הצורך בקוגניציה ($IRR=0.82$) והסתמכות על אינטואיציה ($IRR=0.82$), בעוד מקסום מהווה גורם סיכון ($IRR=1.26$). תת מדגם 2 הדגיש את החשיבות של ויסות רגשי להסבר ציוני ה-SOGS והיותו גורם חוסך משמעותי ($IRR=0.63$), בעוד שבתת מדגם מספר 3 נמצא כי רווחה נפשית או מיטביות יכולים להוות גורם חוסך משמעותי. בהקשר זה חשוב לציין גם כאן כי גדלי האפקט שנמצאו עבור רוב המשתנים הינם קטנים יחסית ומצריכים אישוש במחקר נוסף.

מן הספרות עולה בעיקר התפקיד של ויסות רגשי כגורם מגן. ממצאים קודמים מראים כי מהמרים דיווחו על שימוש פחות באסטרטגיות ויסות עצמי כגון הערכה מחדש, ודיווחו על חוסר בהירות רגשית גדולה יותר ואימפולסיביות יותר לעומת נבדקים ללא הפרעת הימורים (Williams et al., 2011), וכן שקשיים בוויסות רגשות מנבאים הימור פתולוגי, שימוש לרעה בסמים ואלכוהול, וסימפטומים של חרדה ודיכאון (Rogier et al., 2019). בדומה לממצאי המחקר הנוכחי, מחקר מן העת האחרונה אשר בקרב 321 משתתפים בעלי הפרעת הימורים מצא מתאם גבוה בין ויסות רגשי כפי שנמדד על ידי שאלון ה-DERS וחומרת הסיכון להפרעת הימורים. ממצאי מחקר זה מדגימים כי בין שליש למחצית מהמטופלים שהשתתפו במחקר נמצאו בטווח הקליני של חוסר ויסות רגשי (Vintró-Alcaraz et al., 2022).

לסיכום, ממצאי המחקר עולה כי משתנים שונים קשורים להפרעת הימורים, חלקם עולה בקנה אחד עם ממצאים ממחקרים דומים. שאלה פתוחה אחת העולה ממחקר זה היא האם וכיצד שילוב המשתנים המנבאים החזקים ביותר מהמדגם הכללי ומכל תת המדגמים יתרמו להסבר התופעה ולניבוי הפרעת הימורים.

המחקר הנוכחי בחן היבטים הקשורים לתובנה למחלה ולתפיסת הצורך בטיפול. הממצא העיקרי העולה מניתוח התוצאות מצביע על החשיבות של חוסן נפשי כגורם סיכון דווקא ולא כגורם מגן לניבוי תפיסה חיובית לגבי הצורך בטיפול. מחד, ממצא זה מפתיע מאוד לאור הדיווחים בספרות. מחקרים שונים מצביעים על החשיבות של חוסן כגורם מגן (e.g., Oei & Goh, 2015). עם זאת, נמצא כי חוסן נפשי דווקא עלול להוות גורם סיכון המאפשר, באופן פרדוקסלי, למכורים להימורים להמשיך להמר גם לאחר הפסדים כבדים. ייתכן כי מהות החוסן הנפשי נעוצה ביכולתו של האדם המהמר, לחזור ולהמר זמן קצר לאחר התמודדות עם אירוע קשה (הפסד כבד).

בשנים האחרונות, הוצע כי גם חוסן נפשי גבוה עלול לשמש כחרב פיפיות בסיטואציות שונות. במאמר חשוב הנקרא 'הצד האפל של חוסן נפשי' (The Dark Side of Resilience) מעלים Mahdiani & Ungar (2021) טענות לפיהן חוסן נפשי איננו תמיד תכונה חיובית במובן זה שחוסן לא מאפשר תמיד או מבטיח בהכרח הסתגלות לאורך זמן ושימוש מותאם, במיוחד במצבים בהם חוסן גבוה מגן או מסווה על פגיעות כלשהי (כגון התמכרות או הפרעה נפשית). בהקשר הנוכחי, חוסן נפשי עלול להוביל דווקא למניעת פעולה אפקטיבית כגון חיפוש עזרה או טיפול. סימפטום אחד לאבחון של הפרעת הימורים קשור לתופעה בה מהמרים חוזרים להמר לעיתים קרובות לאחר הפסד כספי בכדי להחזיר את הפסדיהם. חוסן נפשי, הן בהגדרתו התיאורטית והן בהגדרתו האופרציונלית כולל היבטים דומים, למשל, יכולתו של האדם להתאושש מהר לאור קושי כלשהו ויכולת להפגין נחישות לאור כישלונות. על בסיס הממצאים השונים במחקר הנוכחי, ניתן להציע כי ייתכן וחוסן נפשי גבוה יכול להסביר פגיעה בתובנה למחלה וחיפוש אחרי טיפול. עם זאת, ממצא זה קורא לשחזור ולתיקוף נוסף.

ממצאי המחקר עולה כי חומרת הסיכון וחשיפה גבוהה (היסטוריה והיכרות עבר עם עולם ההימורים) מנבאים את תפיסת הצורך בטיפול. ככל שחומרת הסיכון והחשיפה להימורים גבוהים יותר, כך עולה הסבירות להסכים לקבלת טיפול. ממצא זה מדגים כי למשתתפים ברמות הסיכון השונות, ובוודאי אלו ברמת הסיכון הגבוהה יש הכרה כלשהי במצבם המקושרת להבנה כי עליהם להתמודד עם בעיית ההימורים ולחפש סיוע כלשהו. מאידך, חשוב לציין בהקשר זה את הממצאים התיאוריים. רק כ-35% ו-15% מבין המשתתפים בסיכון גבוה ובינוני (בהתאמה) ענו בחיוב לשאלה האם ירצו לקבל טיפול. לאור זאת, חשוב לזכור כי על אף שהמודל הסטטיסטי מובהק ואכן קיים קשר בין חומרת הסיכון לפיתוח הפרעת הימורים למענה חיובי באשר לקבלת טיפול, ישנם משתתפים רבים ברמות הסיכון הבינוני והגבוה שאינם חושבים כי הם סובלים מהפרעה כלשהי ולא מעוניינים לקבל טיפול, ממצא המדגיש את נושא התובנה למחלה. ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם ממצאים שונים המתייחסים לפגיעה בתובנה למחלה באוכלוסיות קליניות באופן כללי, ובהפרעת הימורים בפרט (e.g., Shah et al. 2020). ייתכן כי משתתפים המכירים בחומרת מצבם ומבינים כי הם סובלים מן ההפרעה הגיעו כבר לשלב קריטי בו הסימפטומים שלהם וההשלכות על תפקודם היום יומי מוחשי ומורגש (Gainsbury et al. 2014; Pulford et al. 2009) כך שהם פיתחו תובנה כלשהי למצבם. אכן, ניתוח נוסף, מעלה כי בקרב משתתפים בסיכון גבוה, ממוצע/חציון ציוני ה-SOGS גבוה במובהק בקרב אלו שרוצים לקבל טיפול לעומת משתתפים שלא רוצים לקבל טיפול¹⁰. בהנחה וציוני ה-SOGS משקפים היבטים שונים של חומרה, ייתכן כי הנקודה בה אותם משתתפים נמצאת לא מאפשרת להם להמשיך והכחיש או להתעלם ממצבם ולפיכך עונים בחיוב אל מול שאלה הנוגעת בצורך בטיפול. עם זאת, ניתן לשער ולהציע כי רוב רובם של המשתתפים בסיכון בינוני וגבוה חשים כנראה בשליטה, אינם בעלי תובנה למצבם ולפיכך לא מעוניינים בטיפול. המשמעויות הקליניות של פגיעה בתובנה בהפרעת הימורים מרחיקות לכת וקשורות לתוצאות חברתיות וקליניות שליליות, כגון שימוש בסמים, דיכאון, חרדה, פגיעה בקבלת החלטות, אבטלה, פשע והתאבדות (Fong, 2005; Gainsbury et al. 2014). ממצא מדאיג זה מצביע על כך שיש אנשים רבים שסובלים מהפרעת הימורים, לא מכירים בה ולא מטופלים. למחקר הנוכחי מספר מגבלות. ראשית, על אף שמדובר על מחקר רחב היקף ומרבית הממצאים נתמכים ומתיישבים עם ממצאים דומים בספרות, עולה השאלה האם הממצאים ניתנים להכללה מעבר למשתתפי המחקר, מעבר לזמן עריכת הסקר (סוף שנת 2021) ומעבר לשימוש בכלי מחקר ספציפי לבחינת הסיכון לפיתוח הפרעת הימורים, קרי שאלון ה-SOGS. בנוסף, על אף שעולה תמונה ברורה לגבי משתנים מנבאים חשובים היכולים להסביר סיכון להתמכרות להימורים, טרם ברור האם וכיצד שילוב המשתנים המנבאים החזקים ביותר מהמדגם הכללי ומכל תתי המדגמים יתרמו להסבר התופעה ולניבוי הפרעת

¹⁰ $t(52.78)=4.31, p<0.001, \text{Cohens' } d = .99; \text{Mann-Whitney } U \text{ test} = 2194, p<0.001$

הימורים. בהקשר זה חשוב לציין כי גדלי האפקט שנמצאו עבור רוב המשתתפים הינם קטנים יחסית ועל אף שחלקם תואמים את הספרות הקיימת הם מצריכים אישוש במחקרים נוספים. מחקר מספר 2 תוכנן על מנת להתייחס לחלק מן המגבלות הללו.

מחקר מספר 2

מבוא

מטרת מחקר ההמשך הייתה לשחזר, במדגם חדש, את הממצאים שעלו מן המחקר הראשון, ולבחון אלו מבין המשתנים שנמצאו כמנבאים את חומרת הסיכון לפיתוח הפרעת הימורים, הן בכלל המדגם והן בתתי המדגמים השונים, אךן מהותיים וחשובים ויכולים לסייע בניבוי התופעה ובניבוי תובנה להפרעה כפי שזאת באה לידי ביטוי בתפיסת הצורך בקבלת סיוע.

המדגם הכללי במחקר הראשון כלל מספר משתנים חשובים שנמצאו כמנבאים של קיומה וחומרתה של הפרעת הימורים כגון חשיפה וניסיון עבר עם הימורים, חוסן נפשי, סיכון ריגושי ואינסטרומנטלי לצד תרומה של משתנים סוציו-דמוגרפיים שונים כגון מגדר ועוד. ניתוח הנתונים מכל תת מדגם העלה כי ייתכן וישנם משתנים חשובים כגון ויסות רגשי, מקסום ורווחה נפשית החשובים לניבוי התוצאה. לפיכך, מטרה אחת של מחקר ההמשך הייתה לבחון אלו מבין המשתנים הללו רלוונטי להפרעת הימורים, ומה השפעתו הייחודית של משתנה כאשר כל המשתנים השונים נמדדים יחד.

בנוסף, מחקר ההמשך מתמודד עם שאלה חשובה ונוספת והיא האם ניתן לשחזר את ממצאי המחקר הראשון. אחת הבעיות הגדולות ביותר הנובעות משימוש במערך מחקר מתאמי הנשען על דיווח עצמי היא היכולת לשחזר ממצאים ולבסס מודלי ניבוי תקפים ומהימנים. נקודה זו רלוונטית מאוד למחקר מספר 1 אשר התאפיין במודלים מובהקים מבחינה סטטיסטית אך גם בגדלי אפקט קטנים יחסית שנמצאו עבור רוב המשתנים המסבירים ומצריכים אישוש במחקר נוסף.

באופן כללי, הנושא של שחזור ממצאים ותיקופם נמצא בלב החקירה המדעית ומקבל משנה תוקף, במיוחד בשנים האחרונות בהן נמצאו עדויות רבות מתחומים רבים למחקרים שלא ניתן לשחזר את ממצאיהם. חלק מהסיבות לאי שחזור ממצאים קשורות לשימוש במדגמים קטנים וביצוע מחקרים בעלי עוצמה סטטיסטית נמוכה, חלק מהסיבות נעוצות בשימוש בכלי מחקר לא מהימנים דיים המגדילים מאוד את טעות המדידה ופוגעים מהותית ביכולת לאמוד בצורה מדויקת פרמטרים של מודלים שונים (Button et al., 2013; Open Science Collaboration, 2015; Camerer et al., 2018; Loken & Gelman, 2017). לפיכך, בכדי להתמודד עם היבטים אלו ולהתייחס הן לנושאים של מהימנות כלי המדידה והן להיבטים של תוקף (כלי המדידה ומבנה), מחקר ההמשך כלל שימוש בכלי נוסף למיפוי הפרעת הימורים. ספציפית, בנוסף לשאלון ה-SOGS בו נעשה שימוש במחקר הראשון, המחקר השני כלל כלי נוסף למדידת הפרעת הימורים באוכלוסייה הכללית המתבסס על מודל ה-PGSI (Problem Gambling Severity Index; Ferris & Wynne 2001). שימוש בכלי מדידה נוסף של המשתנה התלוי מאפשר את בחינת הממצאים תוך הרחבת תוקף המבנה ושיפור יכולת הכללה של המחקר המקורי. מטרה זו מושגת באמצעות בחינת המתאם בין שני מדדים שונים לבחינת והערכת הסיכון לפיתוח הפרעת הימורים.

מן הספרות המחקרית עולה כי אחד מבין המדדים הסטנדרטיים ביותר בעולם כיום לבחינת התנהגות בסיכון בהימורים בעייתיים הוא מדד מיפוי חומרת ההימורים הבעייתיים ה-PGSI. ה-PGSI פותח במיוחד לשימוש בקרב האוכלוסייה הכללית (Ferris & Wynne, 2001), ונמצא כבעל עקביות פנימית גבוהה ותוקף מבנה הולם (למשל, Orford et al, 2010). ממצאים קודמים מראים כי פריטי ה-PGSI מהווים גורם אחד (e.g., Holtgraves, 2009). השאלון כולל 9 פריטים וכל פריט מוערך בסולם ליקרט של 4 דרגות הנע בין 0-3, כאשר הציון המקסימלי בשאלון הינו 27. בהתבסס על הציון ניתן לסווג את המשתתף לאחת מן הרמות הבאות: ללא בעיית הימורים (ציון 0), סיכון נמוך (ציון של 1-2), סיכון בינוני (3-7), סיכון גבוה (ציון 8 ומעלה). חלוקה זו מקבילה מבחינה עקרונית לחלוקה שהוצעה בהתבסס על שאלון ה-SOGS במחקר הראשון (חלוקה א'), אם כי ציוני הסף לחישוב החלוקה ב-PGSI עבור כל רמת סיכון שונים.

המחקר הנוכחי: שאלות המחקר

המחקר הנוכחי בוחן מספר שאלות מחקר מרכזיות:

1. שחזור ממצאי המחקר הראשון ובחינת מודלי הניבוי: האם מגוון רחב של משתנים פסיכולוגיים

קוגניטיביים, התנהגותיים ורגשיים (כגון חוסן נפשי, רווחה נפשית, ויסות רגשי, נטייה ללקיחת סיכון ריגושי ואינסטרומנטלי) יכול לנבא את סיכון לפיתוח הפרעת הימורים, ואת הצורך בטיפול? אלו מבין המשתנים הינם המנבאים הטובים ביותר? האם ניתן לשחזר את הממצאים מן המחקר הראשון?

2. כלי המדידה – ביסוס מהימנות ותוקף כלי המדידה

2.1. תיקוף ציוני שאלון ה-SOGS אל מול מדד נוסף – שאלון ה-PGSI - האם קיים תוקף מתכנס גבוה

בין שני כלי המדידה הללו?

2.2. האם המשתנים המנבאים את ציוני ה-SOGS, מראים דפוס דומה בהתייחס לציוני ה-PGSI?

שיטה

משתתפים

מאפייני המשתתפים במחקר זה היו דומים למאפייני המשתתפים במחקר הראשון. סך הכול השתתפו בסקר כ-1011 משתתפים. מתוכם כ-519 נשים (51.3%) וכ-492 גברים (48.7%). ממוצע הגיל משתתפי הסקר היה 40.49 (ס.ת. 14.29). הגיל החציוני היה 39 (טווח בין רבעוני - 24). צעיר המשתתפים בסקר היה בן 18 והמבוגר במשתתפים היה בן 70. כ-532 משתתפים (52.6%) הגדירו עצמם כחילוניים, 307 (30.4%) כמסורתיים, 142 (14.0%) כדתיים, וכ-30 (3.0%) כחרדים. הדגימה כיסתה על אזורים ג'ג שונים במדינת ישראל – כ-324 משתתפים (32%) היו מאזור המרכז, 267 (26.4%) מאזור הצפון (כולל חיפה), 219 (21.7%) מאזור הדרום והשפלה, 108 (10.7%) מאזור ירושלים והסביבה וכ-93 (9.2%) מאזור השרון. מבחינת השכלה, 1 בסקר השתתפו 11 משתתפים (1.1%) בעלי השכלה יסודית או פחות, 94 (9.3%) בעלי השכלה תיכונית, ללא תעודת בגרות, 228 (22.6%) בעלי השכלה תיכונית, עם תעודת בגרות, 206 (20.4%) עם השכלה על תיכונית,

ללא תואר אקדמי, 314 (31.1%) בעלי תואר ראשון, 158 (15.6%) בעלי תואר שני ומעלה. מבחינת הכנסה, 168 (16.6%) בעלי הכנסה הרבה מתחת לממוצע, 142 (14.0%) קצת מתחת לממוצע, 219 (21.7%) בעלי הכנסה דומה לממוצע, 277 (27.4%) בעלי הכנסה מעל הממוצע, 109 (10.8%) בעלי הכנסה הרבה מעל הממוצע. כ-96 משתתפים (9.5%) סירבו לענות על שאלה זו.

כלי מחקר

1. **שאלון דמוגרפי.** כל משתתף התבקש לענות על שאלון דמוגרפי הכלל משתנים שונים כגון: מגדר, גיל, רמת דתיות, מקום מגורים, מצב משפחתי, רמת השכלה, מצב סוציאקונומי.

2. **הפרעת הימורים ותובנה להפרעה.**

2.1 **שאלון התמכרות להימורים - SOGS** (Lesieur & Blume, 1987) ותפיסת התמכרות וצורך בטיפול

(ראה כלי המחקר כפי שמפורט במחקר 1). במחקר הנוכחי נעשה שינוי אחד באשר לשאלה אודות תפיסת הצורך בטיפול. בעוד השאלה המקורית כללה התייחסות לתפיסת צורך בטיפול בהתמכרות להימורים, במחקר זה נעשתה התייחסות לתפיסת צורך ביעוץ¹¹ (במידה והיה מוצע לך ייעוץ דיסקרטי חנם שמטרתו גמילה מהימורים האם היית רוצה לקבלו?).

2.2 **שאלון PGSI** (Problem Gambling Severity Index; Ferris & Wynne 2001). ה-PGSI הוא מדד

לדיווח עצמי הכולל תשע פריטים הנמדדים בסולם ליקרט בן 4 דרגות (0 = אף פעם, 1 = לפעמים, 2 = רוב הזמן, 3 = כמעט תמיד). הציון הכולל (טווח 0-27) חושב ו-4 קטגוריות נבנו על סמך ציוני השאלון: אין בעיית הימורים (ציון 0), סיכון נמוך (ציון של 1-2), סיכון בינוני (3-7), סיכון גבוה (ציון 8 ומעלה).

3. פירוט לגבי כלי המחקר הנוספים שנכללו במחקר זה ניתן למצוא במחקר מס' 1.

כלי המחקר בהם נעשה שימוש כללו: שאלון לקיחת סיכונים (Zaleskiewicz, 2001; SIRI), חוסן נפשי (Stein & Campbell, 2007; CD-RISC), אושר סובייקטיבי (Lepper & Lyubomirsky, 1999; SHS), אסטרטגיות מיקסום (Dalal et al., 2015; MTS), ויסות רגשי (Gratz & Roemer, 2004; DERS) ומיטביות (Kimhi & Eshel, 2009).

4. במחקר מס' 2 נכללו שאלות נוספות הנוגעות למיפוי תחום ההימורים. למשל: תפיסת המהמר לגבי האחריות שלו ואופי ההימורים על טווח הנע בין הימור פנים אל מול פנים ועד הימורי אונליין.

הליך המחקר

הליך המחקר היה זהה להליך המחקר המתואר במחקר מס' 1.

¹¹ הרציונל לשינוי היה כי ייתכן ואנשים נרתעים מהמילה טיפול, בעוד המילה ייעוץ נתפסת כפחות מלחיצה או מרתיעה

ניתוחים סטטיסטיים

לטובת ניתוחים הנתונים נעשה שימוש במודלים זהים לניבוי ציוני ה-SOGS וה-PGSI ותפיסת הצורך בייעוץ בשל התמכרות להימורים, כפי שמתואר במחקר מס' 1. לתיאור הקשר בין ציוני ה-SOGS לציוני ה-PGSI נעשה שימוש במגוון מבחנים (מתאם ספירמן, Goodman and Kruskal's gamma) בכדי לבסס תוקף מבנה הולם כמו גם בניתוח אשכולות.

תוצאות

שני כלי המדידה הראו מהימנות גבוהה מאוד ($\text{McDonald's } \omega = 0.91-0.92$). ניתוח מתאמים הראה כי קיים קשר חזק בין ציוני שאלוני ה-SOGS וה-PGSI. עבור ציוני הגלם של שני השאלונים שונים נמצא מתאם גבוה ($\text{Gamma} = 0.82, p < 0.001$; $\text{Spearman} = 0.70, p < 0.001$). במתאם בין הציונים לאחר סיווג לקטגוריות על פי ציוני החתך של כל שאלון, התקבלו ממצאים דומים ($\text{Gamma} = 0.87, p < 0.001$; $\text{Spearman} = 0.69, p < 0.001$). בנוסף, בהתבסס על הפריטים של שני השאלונים נערך ניתוח אשכולות (Two-step Cluster Analysis) על מנת לבנות 4 אשכולות סיכון. המתודה של Two-step Cluster Analysis משמשת לניתוח מגשש, שמטרתו לחשוף אשכולות שונים, בהתבסס על משתנים או פריטים שונים. בניתוח אשכולות נעשה שימוש במדידת מרחק (Log-likelihood distance) להפרדת קבוצות ולאחר מכן בחירת האשכול האופטימלי. בהקשר של המחקר הנוכחי שימוש במתודה זו יעילה לעומת ניתוח גורמים קונבנציונלי (Factor Analysis or Principle component Analysis) מכמה סיבות: ניתן ליצור אשכולות על בסיס משתנים בינאריים וקטגוריאליים (פריטי שאלוני ה-SOGS וה-PGSI הינם ערבוב של פריטים דיכוטומיים ואורדינליים), המתודה מאפשרת התמודדות עם ערכים חריגים ויכולת להתמודד עם מערכי נתונים גדולים. בכדי לתקף את ניתוח האשכולות, בוצעו מבחנים שונים לבחינת (אי) תלות בין ציוני ה-SOGS וה-PGSI לאשכולות המתקבלים מתוך הניתוח. ניתוח האשכולות, אליו הוכנסו 29 פריטים (20 משאלון ה-SOGS ו-9 משאלון ה-PGSI) יצר 4 אשכולות סיווג והראה טיב התאמה סביר - גבוה לנתונים ($\text{Silhouette coefficient} = 0.6$). הקשר בין משתנה זה לסיווג על פי ציוני ה-SOGS היה חזק מאוד ($\text{Gamma} = 0.99, p < 0.001$; $\text{Spearman} = 0.90, p < 0.001$), כמו גם הקשר בין משתנה זה לסיווג על פי ציוני ה-PGSI ($\text{Gamma} = 0.99, p < 0.001$; $\text{Spearman} = 0.83, p < 0.001$). שלושת הניתוחים הללו מדגימים כי שני כלי המדידה מתכנסים היטב ומודדים מבנה דומה מאוד - סיכון לפיתוח הפרעת הימורים. לוח מספר 13 מציג את התפלגות תשובות המשתתפים בקשר לשאלה עד כמה ההימור מתבצע פנים אל מול פנים לעומת הימורים אונליין. כמחצית ממשתתפי הסקר הצהירו כי הם מהמרים (כ-50%), כמחציתם מהמרים רק בהימורים פנים אל מול פנים. מבין אלו שענו כי הם מהמרים בשאלה זו, כ-7.5%, מהמרים רק באינטרנט.

לוח מספר 13 – התפלגות תשובות המשתתפים בקשר לשאלה עד כמה ההימור מתבצע פנים אל מול פנים לעומת הימורים אונליין (N=1011)

'נסה להעריך עד כמה אתה מהמר באינטרנט/אפליקציות למיניהן אל מול הימורים פנים אל פנים (למשל בדוכן פיס/טוטו, משחק פוקר או אחר בשולחן עם אחרים וכדומה):'

ללא המשתתפים שהצהירו כי אינם מהמרים כלל	%	N	% ללא המשתתפים שהצהירו כי אינם מהמרים כלל
לא מהמר בכלל	52.52%	531	
רק פנים אל מול פנים	23.84%	241	50.21%
בדרך כלל פנים אל מול פנים, לעיתים רחוקות באינטרנט	9.69%	98	20.42%
מהמר במידה שווה פנים אל מול פנים ובאינטרנט	4.95%	50	10.42%
בדרך כלל באינטרנט, לעיתים רחוקות פנים אל מול פנים	5.44%	55	11.46%
רק באינטרנט	3.56%	36	7.50%

ממצא מעניין שעולה מלוח מספר 14, מראה כי יש תלות בין סיווג קטגוריית הסיכון על פי ה-SOGS

לבין דיווח המשתתף אודות יכולתו להמר באחריות (Gamma = -0.53, p<0.001; Spearman = -0.45,

p<0.001) בקרב מהמרים בעלי סיכון נמוך לפיתוח הפרעת הימורים, כ-70% ענו כי הם מסכימים מאוד עם

ההיגד ('אני מצליח להמר באחריות גם כאשר הפסדתי פעמים רבות') לעומת רק כ-11% בקרב אלו

בקטגוריית הסיכון הגבוה. דפוס משלים נמצא ביחס להתפלגות המענה עבור חוסר הסכמה עם היגד זה

(מאוד לא מסכים/ה): בקרב בעלי סיכון נמוך כ-20% ענו על היגד זה, בעוד שבקרב בעלי סיכון גבוה כ-62%

ענו על היגד זה. ממצא זה מדגים כי תפיסת אחריות לאור הפסדים מרובים קשורה לחומרת הסינווג על פי

שאלון ה-SOGS. ממצא דומה התקבל גם ביחס לצינוני ה-PGSI אם כי בעוצמה נמוכה יותר

(Gamma = -0.43, p<0.001; Spearman = -0.37, p<0.001).

לוח מספר 14: שכיחות יחסית באחוזים (%) של תפיסת אחריות כתלות בסיווג הצינונים על פי ה-SOGS (קטגוריות סיכון בלבד ונבדקים שענו בשאלה זו כי הם מהמרים, N=301)

SOGS			אני מצליח להמר באחריות גם כאשר הפסדתי פעמים רבות
סיכון גבוה	סיכון בינוני	סיכון נמוך	
61.76%	17.65%	20.59%	מאוד לא מסכים/ה
55.56%	16.67%	27.78%	לא מסכים/ה במקצת
60.42%	18.75%	20.83%	לא מסכים/ה ולא מתנגד
30.77%	26.92%	42.31%	מסכים/ה במקצת
11.43%	18.10%	70.48%	מסכים/ה מאוד

הערה: השכיחות מחושבת כאחוז מתוך סך המשתתפים עבור כל אחת מן האפשרויות בסולם ליקרט בן 5 דרגות

אני מכור להימורים? מה פתאום! תפיסת הצורך בטיפול

בהתייחס לשאלה – "האם אתה חושב שת.שאתה מכור.ה להימורים", מבין המשתתפים המוגדרים

בסיכון גבוה על פי שאלון ה-SOGS, כ-47% השיבו בטוח שלא או כנראה שלא. כ-37% השיבו שאולי,

וכ-16% השיבו כנראה שכן או בטוח שכן. מבין המשתתפים המוגדרים בסיכון בינוני, כ-87.8% השיבו בטוח

שלא או כנראה שלא. נושא הטיפול עלה בשאלה "במידה והיה מוצע לך ייעוץ חינוך ודיסקרטי שמטרתו

גמילה מהימורים האם היית רוצה לקבלו?" בה התבקש הנבדק לענות כן/לא. כ-45%, 15%-ו-7% מבין

המשתתפים בסיכון גבוה, בינוני ונמוך (בהתאמה) ענו בחיוב על שאלה זו.

בכדי לבחון את השערות המחקר, נבנו מודלי רגרסיה מסוג Negative Binomial Regression. המשתנים הבלתי תלויים במודל היו משתני רקע שונים (מגדר, גיל, דתיות, השכלה, מקום מגורים והכנסה) ומשתנים שונים (חשיפה - עבר/היכרות עם הימורים, לקיחת סיכונים – סיכון ריגושי, סיכון אינסטרומנטלי, חוסן נפשי, אושר סובייקטיבי, ויסות רגשי, רווחה נפשית ומקסום). כל מודל כלל משתנה תלוי אחד – ציוני ה-SOGS או ציוני ה-PGSI. גדלי האפקט באים לידי ביטוי שיעור יחסי היארעות (IRR - Incidence Rate Ratio). כפי שניתן לראות מלוח מספר 15, שני המודלים היו מובהקים סטטיסטית והסבירו כ- 17%/19% מהשונות¹² בציוני ה-SOGS וה-PGSI, בהתאמה.

בהתייחס לציוני ה-SOGS, מחקר זה הצליח לשחזר את ממצאים מהותיים מן המחקר הראשון, תוך דגש על חשיבותם של מספר משתני רקע – מגדר, השכלה ודת (היות אדם חרדי כגורם סיכון) לצד החשיבות של משתנים שונים כגון חשיפה (עבר והיכרות עם עולם ההימורים), חוסן נפשי, סיכון ריגושי, סיכון אינסטרומנטלי וויסות רגשי. שני המודלים מצביעים על תמונה דומה מאוד ביחס למשתנים הפסיכולוגיים (אם כי שונה מעט בעוצמת התרומה של כל משתנה), בעוד דווקא תרומתם של המשתנים הסוציו-דמוגרפיים מראה פחות יציבות ותלות בכלי המחקר. נראה כי ציוני שאלון ה-SOGS רגיש יותר להבדלים במשתנים דמוגרפיים לעומת ציוני שאלון ה-PGSI. עם זאת, חשוב לציין כי משתנים אלו מסבירים מעט מאוד מן השונות בשאלון ה-SOGS, כ-2.3% בסך הכול. עיקר כוח הניבוי של המודל מתבסס על תרומתם של המשתנים הפסיכולוגיים השונים. לסיכום, מניתוח הממצאים עולה המשותף בין המודלים – תרומתם של משתני חוסן נפשי, ויסות רגשי, סיכון אינסטרומנטלי כגורמי חוסן וסיכון ריגושי לצד חשיפה כגורמי סיכון משמעותיים. בשלב האחרון נעשה שימוש במשתנים הבלתי תלויים השונים בכדי לנבא מענה חיובי לתפיסת צורך ביעוץ בקרב המשתתפים (במידה והיה מוצע לך ייעוץ דיסקרטי חנים שמטרתו גמילה מהימורים האם היית רוצה לקבלו; אפשרות מענה - כן/לא, כן=1). נבנו שני מודלי רגרסיה לוגיסטית (Logistic Regression) בצעדים (Stepwise). במודל הראשון נעשה שימוש בחלוקה של ציוני ה-SOGS כמשתנה בלתי תלוי ובמודל השני נעשה שימוש בסיווג ציוני ה-PGSI כמשתנה בלתי תלוי. מניתוח תוצאות המודל הראשון עולה כי המודל היה מובהק סטטיסטית ($p < .0001$) והסביר כ- 17% מהשונות במענה חיובי לקבלת ייעוץ. המשתנים שניבאו את תפיסת הצורך בטיפול היו דרגת הסיכון בשאלון ה-SOGS בהשוואה לקבוצת הלא מהמרים ככל שרמת הסיכון עלתה כך הסבירות למענה חיובי עלתה (סיכון נמוך, בינוני וגבוה: $OR = 1.88, 3.15, 9.29$), חשיפה להימורים ($OR = 1.05, p = 0.026$) וויסות רגשי ($OR = 0.81, p = 0.024$). ללא משתנה הסיווג לקטגוריות על פי שאלון ה-SOGS, המודל עודנו מובהק סטטיסטית ($p < .0001$) אך מסביר רק כ-11.5% מהשונות. עם

¹² בכל הניתוחים מוצג Pseudo-R-squared (McFadden's) כמדד לטיב ההתאמה של המודל.

זאת במצב זה משתני החשיפה (OR=1.13, p<0.001) והוויסות הרגשי (OR=0.67, p<0.001) עדיין מובהקים וגודל האפקט שלהם גדל. ממצאים אלו משחזרים חלקית את הממצאים ממחקר א'. הקשר בין דרגת סיכון וחשיפה שוחזר במלואו, קרי, חשיפה גבוהה יותר להימורים בעבר ודרגת סיכון גבוהה יותר לפיתוח הפרעת הימורים מעלים את הסיכוי לענות באופן חיובי לצורך ביעוץ, בעוד דווקא ויסות רגשי (ולא חוסן נפשי כפי שנמצא במחקר המקורי), מקטין את הסיכויים של המשתתף לענות באופן חיובי. כלומר, ככל שציון הוויסות הרגשי גבוה יותר, הסיכוי למענה חיובי בהתייחס לצורך בטיפול יורד.

לוח מספר 15 השוואה מודלי רגרסיה לניבוי ציון בשאלון ה-SOGS ושאלון ה-PGSI (N=1000)

PGSI			SOGS			
95% CI	IRR		95% CI	IRR		
1.01	0.99	1.00	1.01	1.00	1.01	גיל
						הכנסה (בהשוואה להרבה מעל הממוצע)
2.43	0.96	1.53	1.68	0.75	1.12	הרבה מתחת לממוצע
1.99	0.79	1.25	1.59	0.74	1.09	קצת מתחת לממוצע
1.79	0.76	1.17	1.47	0.70	1.01	דומה לממוצע
1.61	0.70	1.06	1.48	0.73	1.04	קצת מעל הממוצע
1.90	0.61	1.07	1.35	0.54	0.86	משתתפים שלא ענו לשאלה זו
						דת (בהשוואה ליהודי חילוני)
1.66	0.99	1.28	1.40	0.90	1.12	יהודי/ה מסורתית
1.70	0.79	1.16	1.76	0.92	1.27	יהודי/ה דתיה
3.23	0.69	1.49	3.61	1.23	2.11	יהודי/ה חרדית
						השכלה (בהשוואה לתואר אקדמי - תואר שני)
3.11	1.16	1.90	2.47	1.05	1.61	תיכונית, ללא תעודת בגרות
1.88	0.87	1.28	1.90	0.93	1.33	תיכונית, עם תעודת בגרות
1.94	0.91	1.33	1.97	1.00	1.41	על תיכוני ללא תואר אקדמי
1.67	0.83	1.18	1.56	0.84	1.14	תואר אקדמי ראשון
						אזור מגורים (בהשוואה לאזור המרכז)
1.39	0.56	0.88	1.02	0.56	0.76	02 - ירושלים והסביבה
1.09	0.60	0.81	0.95	0.59	0.75	04 - צפון
1.18	0.62	0.86	1.03	0.60	0.79	08 - דרום ושפלה
1.15	0.53	0.78	1.29	0.61	0.89	09 - השרון
1.48	0.93	1.17	1.67	1.17	01.4	מגדר (גבר=1)
1.19	1.13	1.16	1.21	1.16	1.19	חשיפה
0.97	0.75	0.85	0.93	0.73	0.82	חוסן נפשי
1.15	0.83	0.98	1.18	0.88	1.02	אושר
2.33	1.74	2.01	1.98	1.55	1.75	סיכון ריגושי (SRT)
0.87	0.65	0.75	0.97	0.76	0.86	סיכון אינסטרומנטלי (IRT)
0.93	0.71	0.81	0.86	0.69	0.77	ויסות רגשי
1.12	0.80	0.95	1.07	0.82	0.94	רווחה נפשית
1.25	0.96	1.09	1.21	0.97	1.08	מקסום
0.05	0.01	0.02	0.06	0.01	0.03	חותך
717.59, p<0.001			792.62, p<0.001			Wald chi ²
0.17			0.19			Pseudo R ²
2447.40			2606.93			AIC
2584.82			2744.35			BIC

^ המודל לא כל בעלי השכלה יסודית בשל מיעוט המשתתפים השייכים לקבוצה זו - N=11.

מניתוח נתוני ה-PGSI מתקבלת תמונה כמעט זהה. המודל היה מובהק סטטיסטית ($p < 0.0001$) והסביר כ- 18% מהשונות. המשתנים שניבאו את תפיסת הצורך בטיפול היו דרגת הסיכון בהשוואה ללא מהמרים (סיכון נמוך, בינוני וגבוה: $OR=1.71, 4.58, 10.75$), חשיפה להימורים ($OR=1.05, p=0.026$) וויסות רגשי ($OR=0.81, p=0.024$). ללא משתנה הסיווג לקטגוריות על פי שאלון ה-PGSI, המודל עודנו מובהק סטטיסטית ($p < 0.0001$) אך מסביר רק כ-11.5% מהשונות, אך משתני החשיפה ($OR=1.14, p < 0.001$) והוויסות הרגשי ($OR=0.67, p < 0.001$), מובהקים וגודל האפקט שלהם גדל. ממצאים דומים מאוד לשימוש בציוני ה-SOGS.

דיון

מחקר מספר 2 בחן האם ניתן לשחזר ממצאי המחקר הראשון והראה כי ויסות רגשי, חוסן נפשי, סיכון אינסטרומנטלי מהווים גורמי חוסן משמעותיים וחזקים בעוד סיכון ריגושי וחשיפה (עבר והיכרות עם עולם ההימורים) מהווים גורמי סיכון ומנבאים את חומרת הסיכון לפיתוח הפרעת הימורים שנמדדה באמצעות שני כלי מדידה שונים שאלון ה-SOGS ושאלון ה-PGSI. בנוסף, נמצא כי קיים מתאם גבוה בין שני כלי המדידה הללו. כמו כן, שוחזרו הממצאים באשר לניבוי היענות לקבלת עזרה כך שחומרת הסיכון וחשיפה והיכרות עם עולם ההימורים קשורים להיענות חיובית. בנוסף נמצא כי ויסות רגשי מהווה גורם סיכון להיענות חיובית לקבלת עזרה. בנוסף, נמצא קשר שלילי בין תפיסת אחריות לבין דרגת הסיכון לפיתוח הפרעת הימורים, כך שמשותפים ברמת סיכון נמוכה מדווחים כי הם מצליחים להמר באחריות אל מול הפסדים בעוד שמשותפים ברמת סיכון גבוהה מדווחים כי הם לא מצליחים להמר באחריות אל מול סיטואציה זו.

דיון כללי

שני מחקרי חתך בוצעו על מנת לבחון מהם המשתנים הפסיכולוגיים שיכולים לנבא את חומרת הסיכון לפיתוח הפרעת הימורים ואת תפיסת הצורך בקבלת סיוע, ולהעריך את השכיחות של הפרעת הימורים בקרב האוכלוסייה היהודית הבוגרת בישראל. ממצאי המחקר המרכזיים מצביעים על כך שוויסות רגשי, חוסן נפשי וסיכון אינסטרומנטלי מהווים גורמי חוסן משמעותיים בעוד סיכון ריגושי וחשיפה (עבר והיכרות עם עולם ההימורים) מהווים גורמי סיכון לניבוי חומרת הסיכון לפיתוח הפרעת הימורים. נוסף על כך, ממצאי המחקר מדגימים קשר בין רמת הסיכון לפיתוח ההפרעה וחשיפה (עבר והיכרות עם עולם ההימורים), ויסות רגשי וחוסן נפשי כמשתנים המנבאים חיפוש עזרה. תפיסת צורך בטיפול או ייעוץ מייצגים, גם אם באופן חלקי את תובנת המשותף למחלה. כמו כן, הממצאים מצביעים על פער משמעותי בין חומרת הסיכון לתפיסת הצורך בקבלת עזרה.

מסיכום שני המחקרים עולים מספר היבטים חשובים מאוד לפיהם יאורגן הדיון הכללי. ראשית, נבחן את המשמעויות התיאורטיות והיישומיות שניתן להפיק ממחקר זה ביחס לתרומתם של המשתנים הפסיכולוגיים השונים לניבוי הפרעת הימורים. לאחר מכן, נדון בקשר בין משתנים סוציו-דמוגרפיים למיפוי הסיכון להפרעת הימורים לאור השימוש בשאלון SOGS אל מול שאלון PGSI בהתייחס למשתנים אלו. לאחר מכן, יבחן הפער בין חומרת הסיכון להפרעת הימורים לתפיסת הצורך בעזרה. ולסיכום, ינותח הקשר בין ויסות רגשי וחוסן נפשי לחיפוש עזרה ותובנה למחלה.

משני המחקרים עולה כי ויסות רגשי, חוסן נפשי וסיכון אינסטרומנטלי מהווים גורמי חוסן משמעותיים בעוד סיכון ריגושי וחשיפה (היכרות עבר עם עולם ההימורים) מהווים גורמי סיכון לניבוי הסיכון לפיתוח הפרעת הימורים. כפי שמוצג בהרחבה בדיון במחקר מספר 1, חלק מממצאים אלו עולים בקנה אחד עם מחקרים קודמים. היתרון המרכזי של המחקר הנוכחי הוא בכך שמשנתנים אלו נמדדו יחד וניתן לראות את תרומתם הייחודית להסבר תופעת התנהגות ההימורים. למרות שגדלי האפקט שנמצאו עבור כל משתנה קטנים, הממצאים שוחזרו והמודלים מצליחים להסביר במידת מה את הסיכון לפיתוח הפרעת הימורים. יתרה מכך, אפקטים אלו משוחזרים מעבר לסוג כלי מדידה, היבט המספק תמיכה נוספת לחשיבותם.

מסגרת תיאורטית אחת באמצעותה ניתן להבין את החוט המקשר בין חוסן, ויסות רגשי וסיכון ריגושי ואינסטרומנטלי והקשר של משתנים אלו להפרעת הימורים קשורה לתיאוריה קוגניטיבית השמה במרכז את תהליכי הבקרה הקוגניטיבית. על פי של Zaleskiewicz (2001) ובהתאם לתיאוריות דו תהליכיות אחרות, סיכון ריגושי ואינסטרומנטלי קשורים לתהליכי קבלת החלטות הנעים על ציר אינטואיטיביות-מבוקרות. בדומה, תיאוריות שונות מדגישות את חשיבותם של אספקטים שונים של בקרה קוגניטיבית בתהליכי ויסות רגשות (Ochsner & Gross, 2005; Ochsner, Silvers, & Buhle, 2012) ומראים כי אסטרטגיות שונות של ויסות רגשי קשורות ישירות לתהליכי בקרה וקשב. למשל, אסטרטגיות ויסות רגשי העשות שימוש בהסחה נשענות על מרכיבי בקרה קשבית, בעוד שאסטרטגיות ויסות של הערכה מחדש נשענות על שינוי ועדכון קוגניטיבי של המשמעות והפירוש הניתן לגירויים מעוררים רגשית. יתרה מכך, מחקרים שונים מראים כי תהליכי בקרה קוגניטיביים יעילים קשורים לוויסות רגשות מוצלח. ספציפית, יישומן של אסטרטגיות לוויסות רגשות קשור להבדלים אינדיבידואליים בשליטה קוגניטיבית הכוללות מרכיבים כגון יכולת עיכוב, עדכון מידע בזיכרון העבודה וגמישות קוגניטיבית (Joormann & Tanovic, 2015). Pruessner ואחרים (Pruessner et al., 2020) הציעו כי בקרה וגמישות קוגניטיבית באים לידי ביטוי ביכולת להחליף אסטרטגיית ויסות, לשמר את השימוש באסטרטגיה לאורך זמן ולנטר את תהליך הוויסות.

עקרונות דומים מאוד באים לידי ביטוי גם בהקשר של התשתית הקוגניטיבית העומדת בבסיס חוסן פסיכולוגי והחשיבות של תהליכי עיבוד מידע ובקרה קוגניטיבית לחוסן נפשי. בדומה, בתחום זה הוצע

מודל של חוסן קוגניטיבי (Parsons et al., 2016) השם דגש על תהליכי בקרה קוגניטיבית והקשר שלהם עם התנהגות יעילה אל מול סיטואציות שונות. ספציפית, הטענה המרכזית היא שאל מול מצבי לחץ, גדלה הנטייה להישען על עיבוד מידע אוטומטי והתמקדות בהיבטים שליליים של הסיטואציה לצד ירידה ביכולת להפעיל תהליכי בקרה שונים (לעכב תגובה, לגלות גמישות קוגניטיבית). יכולת בקרה קוגניטיבית טובה יותר, מאפשרת הישענות פחותה על מגוון תהליכים אוטומטיים לצד שמירה על יכולות בקרה ניהוליות תורמת לפיתוח חוסן הבא לידי ביטוי במגוון רחב של מצבים והתמודדויות שונות.

אם כי המשתנים הפסיכולוגיים היו מהותיים להסבר תופעה, משתנים סוציו-דמוגרפיים גם כן נמדדו בשני המחקרים. מחקר מספר 1 איתר ומיפה את חשיבותם של משתנים סוציו-דמוגרפיים שונים הן בצורה תיאורית וחשוב מכך בהתבסס על מודלי רגרסיה הלוקחים בחשבון את תרומתם של משתנים רבים. מחקר 2 הדגים כי באמצעות שימוש בכלי מדידה זהה, שאלון ה-SOGS, ניתן לשחזר חלק מן הממצאים הקשורים למשתנים סוציו-דמוגרפיים - החשיבות של משתני המגדר, דת והשכלה חשובים למרות שאינם מהווים משתנים מסבירים חזקים מאוד מבחינת תרומתם למודל הכללי וגודל האפקט שלהם קטן יחסית. עם זאת, ממחקר 2 עולה כי אפקטים אלו לא משוחזרים כאשר נעשה שימוש בכלי המדידה אחר – שאלון ה-PGSI, על אף שקיימת קורלציה גבוהה מאוד בין שני כלי המדידה.

הסבר אפשרי אחד לפער זה נובע מכך שייתכן ולמשתנים אלו אכן אין אפקט גדול ומשמעותי מספיק, כך ששינוי כלי מדידה (שנמצא תקף ומהימן מאוד) גורם לאפקטים אלו לא לבוא לידי ביטוי¹³. הסבר אפשרי אחר ליישוב פער זה נשען על אפקט תיווך. כלומר התרומה של המשתנים הדמוגרפיים מתווכת כמעט במלואה על ידי המשתנים הפסיכולוגיים כאשר נעשה שימוש בציוני ה-PGSI. בחינה מחודשת של המודלים במחקר מספר 2 באמצעות מודלים היררכיים הראתה כי התרומה של המשתנים הסוציו-דמוגרפיים בלבד הינה קטנה כ-2.4%-2.3% בלבד עבור שני המדדים. עולה כי משתנה המגדר אכן מתווך במלואו ע"י המשתנים הפסיכולוגיים השונים כאשר ציוני ה-PGSI הם המשתנה התלוי.

מסקנה אפשרית אחת מהמחקר הנוכחי היא שמשתנה המגדר אכן מהותי וחשוב, מחקרים שונים בעולם מוצאים באופן עקבי פער גדול בשכיחות סיכון להפרעת הימורים בין גברים לנשים, כפי שנמצא במחקר מספר 1 ונתמך חלקית במחקר מספר 2. עם זאת, בהינתן משתנים אחרים, משתנה זה מבעד מכוחו בצורה משמעותית. באשר לתרומתם של משתני רקע אחרים, יש צורך בהמשך איסוף נתונים במחקרים אפידמיולוגיים רחבי היקף על מנת לספק תשובה לרמת חשיבותם ולתרומתם הייחודית להסבר הסיכון להפרעת הימורים.

¹³ בהקשר זה הערה חשובה, על אף שהאפקטים אינם מובהקים סטטיסטית, הם קיימים עבור חלק מהמשתנים הסוציו-דמוגרפיים אך בשימוש בשאלון ה-PGSI האינטרוול של רווח הסמך שלהם רחב מאוד.

שני המחקרים מצביעים על פער משמעותי בין חומרת הסיכון לפיתוח הפרעת הימורים ובין תפיסת הצורך בעזרה. ממצאי שני המחקרים מראים כי חומרת הסיכון וחשיפה גבוהה (היסטוריה והיכרות עבר עם עולם ההימורים) מנבאים את תפיסת הצורך בטיפול. ככל שחומרת הסיכון והחשיפה להימורים גבוהים יותר, כך עולה הסבירות להסכים לקבלת טיפול. עם זאת, חשוב לציין כי גם במקרה זה גדלי האפקט של כל אחד מן המשתנים היה קטן. למרות גודל האפקט הקטן, הממצא שוחזר במחקר נוסף, תוך שימוש בשני כלי מדידה שונים. ממצא זה מדגים כי למשתתפים ברמות הסיכון השונות, ובוודאי אלו ברמת הסיכון הגבוהה יש הכרה כלשהי במצבם, והבנה כי עליהם להתמודד עם בעיית ההימורים ולהסכים לקבלת עזרה כלשהי (על אף שזה לא מנבא בשום אופן האם האדם יפנה באופן אקטיבי לחפש עזרה). הפער בין הסיכון לפיתוח הפרעה לבין תפיסת הצורך בעזרה בא לידי ביטוי במחקר מספר 1, בכך שרק כ-35% ו-15% מבין המשתתפים בסיכון גבוה ובינוני (בהתאמה) ענו בחיוב לשאלה האם ירצו לקבל טיפול שמטרתו גמילה מהימורים. במחקר מספר 2 נמצא כי כ-55% ו-15% מבין המשתתפים בסיכון גבוה ובינוני (בהתאמה) ענו בחיוב לשאלה האם ירצו לקבל ייעוץ שמטרתו גם כן, גמילה מהימורים. ייתכן ושינוי הנוסח תרם לעלייה באחוז המשיבים באופן חיובי. שינויי ניסוח או אפקט היצג (Framing; Tversky & Kahneman, 1981) יכול להשפיע על התנהגות בצורות שונות ולשנות באופן מהותי דפוסי בחירה והעדפה כפי שנתמך על ידי אינספור מחקרים ב-40 השנים האחרונות. בין אם הפער בין שני המחקרים נובע מאפקט היצג או מטעות מקרית, אחוז המשתתפים הנמצאים בסיכון גבוה ולא מחפשים סיוע (ייעוץ או טיפול) הינו גבוה (45% במחקר 2 כחסם עליון לצורך העניין) ואף גבוה מאוד עבור משתתפים בסיכון בינוני (כ-85%). כלומר, משני המחקרים עולה כי ישנם אנשים הסובלים מהפרעת הימורים או בסיכון לפיתוח הפרעת הימורים, שלא מכירים בה כפי הנראה, ולא מחפשים דרכים לקבל עזרה מקצועית מגורמים מוסמכים.

משני המחקרים עולה כי לחוסן נפשי וויסות רגשי יש תפקיד משמעותי בהסבר הסיכון לפיתוח הפרעת הימורים. משתנים אלו מהווים גורמי חוסן קלאסיים אל מול פיתוח הפרעת הימורים באופן כללי ומשמשים אף כגורם למגן אל מול פיתוח רמת סיכון גבוהה עבור אנשים אשר כן מהמרים מעת לעת. ממצאים אלו מתיישבים עם מחקרים קודמים (e.g., Oei & Goh, 2015; Rogier et al., 2019; Williams et al., 2011). עם זאת, במחקר מספר 1 נמצא כי חוסן נפשי מהווה גורם סיכון בכל הקשור לקבלת עזרה (חוסן נפשי גבוה קשור לחוסר הסכמה להשתתף בטיפול), בעוד מחקר מספר 2 מצא כי דווקא ויסות רגשי מקושר עם קבלת עזרה (ויסות רגשי גבוה קשור לחוסר הסכמה לקבלת ייעוץ). ייתכן ומקור ההבדל נעוץ גם כן בשינוי תוכן השאלה ובאפקט היצג. ייתכן גם כן, כי שני האפקטים הללו הינם דוגמא לתוצאה חיובית כוזבת הנובעת מקשר בעל גודל אפקט נמוך בין המשתנה הפסיכולוגי לתפיסת הצורך בעזרה.

על אף האמור, ולמרות החשיבות התיאורטית הרבה וההמשגה הברורה המבחינה בין ויסות רגשי לבין חוסן נפשי, ייתכן כי מה שניתן ללמוד מהממצאים הנוכחיים הוא שבהקשרים מסוימים, כגון תפיסת צורך

בקבלת עזרה בעת התמודדות עם הפרעה נפשית, גורמי חוסן עלולים להפוך לחסם מרכזי. כפי שצוין במחקר 1, טענה זו קיימת בהתייחס לחוסן נפשי (Mahdiani & Ungar, 2021). מחקר בתחום האופטימיות מדגים גם כן תופעה דומה. בעוד שאין ויכוח בספרות כי אופטימיות גבוהה הינה גורם חוסן התורם לקידומה של בריאות נפשית ופיזית וקשור לרמות חוסן גבוהות ולהתמודדות אפקטיבית עם מצבי לחץ שונים לאורך החיים (Carver, Scheier & Segerstrom, 2010), מחקרים שונים מדגישים את החשיבות של אופטימיות יתר כגורם סיכון משמעותי (Sharot, 2011). אנשים אופטימיים מאמינים כי אירועים שליליים הם זמניים, מצומצמים בהיקפם וניתנים לניהול (Carver, Scheier & Segerstrom, 2010), עם זאת, אופטימיות יתר יכולה להוביל להערכת חסר ולחוסר פעולה שהאדם יכול היה לעשות על מנת להתמודד בצורה אפקטיבית עם מצבי לחץ או סיכון. על בסיס ממצאי מחקר מספר 2, ניתן להציע טיעון דומה ביחס לוויסות רגשי בהקשר של הפרעת הימורים ולתפיסת עזרה: ויסות רגשי גבוה מסייע למהמר להתמודד עם רגשות שליליים העולים כתוצאה מהפסד או אל מול התמודדות עם החברה הקרובה, ועלול להוביל דווקא למניעת פעולה אפקטיבית של חיפוש עזרה.

מגבלות המחקר ומחקרי המשך

שני המחקרים הנוכחיים מבוססים על סקרי חתך ומספקים עדות לקשרים בין משתנים שונים לחומרת הסיכון לפיתוח הפרעת התנהגות. על אף הניסיון לשחזר את ממצאי המחקר יש חשיבות רבה לשחזור נוסף של הממצאים במדגמים נוספים והרחבת האוכלוסייה על מנת לכלול מגזרים נוספים שלא נכללו במחקר הנוכחי כגון המגזר הערבי. בנוסף, על אף שמחקר זה מדגיש את חשיבותם של משתנים מסוימים להסבר התופעה (ויסות רגשי, חוסן נפשי, לקיחת סיכונים), יש צורך במחקרים ניסויים מבוקרים לבחינת הקשר בין משתנים אלו להתנהגות הימורים. יתרה מכך, מחקרי המשך יכולים להתמקד בהיבטים ספציפיים של משתני הסיכון והחוסן בכדי לתאר ולהגדיר מושגית טוב יותר אלו היבטים של חוסן נפשי ו/או ויסות רגשי מקושרים להפרעת הימורים. כמו כן, כפי שצוין מספר פעמים, גדלי האפקט וכוח הניבוי של המודלים השונים משאיר מקום רב לבחינת תרומתם של משתנים פסיכולוגיים ומשתנים אחרים להסבר תופעת ההתמכרות להימורים.

מסקנות

המחקר הנוכחי מספק נתונים עדכניים, מהימנים ותקפים אודות שכיחות הפרעת ההימורים בישראל, בקרב האוכלוסייה הבוגרת, נכון ל-2021-2022. ממצאי המחקר מדגימים את חשיבותם ותרומתם של משתנים פסיכולוגיים שונים להסבר תופעת ההתמכרות להימורים מעל ומעבר לתרומתם של משתנים סוציו-דמוגרפיים. אם כי קיימים משתנים סוציו-דמוגרפיים חשובים בהחלט כגון מגדר, יש צורך לקחת בחשבון היבטים נוספים להסבר התופעה תוך דגש על משתנים פסיכולוגיים - קוגניטיביים ואישיותיים שיכולים להציע כיוון דרך הן למיפוי ואיתור התופעה בקרב האוכלוסייה הכללית והן לפיתוח דרכי טיפול והתערבות בעתיד. ביחס למדיניות ציבורית, ממחקר זה עולה כי שכיחות הסיכון להפרעה גבוהה מעט יותר מהערכות

קודמות¹⁴, ועולה צורך מוחשי לאיסוף נתונים במחקרים אפידמיולוגיים גדולים אודות הפרעה זו בכדי לאמוד את שכיחות התופעה על בסיס קבוע. להפרעת הימורים יש השפעה מכרעת על האדם, על סביבתו הקרובה ועל החברה. לצד מיפוי ומעקב אחרי שכיחות התופעה יש לתת את הדעת על הרחבת המחקר ואיתור גורמים פסיכולוגיים נוספים היכולים לנבא הפרעת הימורים, לצד מחקר נוסף שמטרתו לשפוך אור נוסף על היבטים הקשורים לתובנה למחלה תוך הגברת תשומת הלב הציבורית לאספקט זה במיוחד. הדגש הניתן כיום על הימורים באחריות, חשוב ללא ספק. עם זאת, ייתכן פגיעה בתובנה למחלה עלולה למסך על תפיסת האחריות בקרב מהמרים.

¹⁴ סקר של מפעל הפיס בשיתוף מכון המחקר ברנדמן בע"מ.

- Aleman, A., Agrawal, N., Morgan, K. D., & David, A. S. (2006). Insight in psychosis and neuropsychological function: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 189(3), 204-212.
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., & Gorman, J. M. (1991). Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 17(1), 113-132.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Aspinwall, L. G., & Brunhart, S. M. (1996). Distinguishing optimism from denial: Optimistic beliefs predict attention to health threats. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(10), 993-1003.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, 37(2), 122.
- Barbaranelli, C., Vecchione, M., Fida, R., & Podio-Guidugli, S. (2013). Estimating the prevalence of adult problem gambling in Italy with SOGS and PGSI. *Journal of Gambling Issues*, (28), 1-24.
- Berkman, E. T., Kahn, L. E., & Merchant, J. S. (2014). Training-induced changes in inhibitory control network activity. *Journal of Neuroscience*, 34(1), 149-157.
- Button, K. S., Ioannidis, J., Mokrysz, C., Nosek, B. A., Flint, J., Robinson, E. S., & Munafò, M. R. (2013). Power failure: why small sample size undermines the reliability of neuroscience. *Nature reviews neuroscience*, 14(5), 365-376.
- Cacioppo, J. T., & Petty, R. E. (1982). The need for cognition. *Journal of personality and social psychology*, 42(1), 116.
- Camerer, C. F., Dreber, A., Holzmeister, F., Ho, T. H., Huber, J., Johannesson, M., ... & Wu, H. (2018). Evaluating the replicability of social science experiments in Nature and Science between 2010 and 2015. *Nature Human Behaviour*, 2(9), 637-644.
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the connor-davidson resilience scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 20(6), 1019-1028.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical psychology review*, 30(7), 879-889.
- Casey, L. M., Oei, T. P., Melville, K. M., Bourke, E., & Newcombe, P. A. (2008). Measuring self-efficacy in gambling: The gambling refusal self-efficacy questionnaire. *Journal of Gambling Studies*, 24(2), 229-246.
- Cheek, N. N., & Schwartz, B. (2016). On the meaning and measurement of maximization. *Judgment and Decision making*, 11(2), 126.
- Chen, G., Gully, S. M., & Eden, D. (2001). Validation of a new general self-efficacy scale. *Organizational research methods*, 4(1), 62-83.
- Dalal, D. K., Diab, D. L., Zhu, X., & Hwang, T. (2015). Understanding the construct of maximizing tendency: A theoretical and empirical evaluation. *Journal of Behavioral Decision Making*, 28(5), 437-450.
- David, A. S. (1990). Insight and psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 156(6), 798-808.
- DiClemente, C. C. (1986). Self-efficacy and the addictive behaviors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(3), 302-315.
- Ditye, T., Jacobson, L., Walsh, V., & Lavidor, M. (2012). Modulating behavioral inhibition by tDCS combined with cognitive training. *Experimental brain research*, 219(3), 363-368.
- Dixon, M. R., Marley, J., & Jacobs, E. A. (2003). Delay discounting by pathological gamblers. *Journal of applied behavior analysis*, 36(4), 449-458.

- Dixon, M. R., Wilson, A. N., Belisle, J., & Schreiber, J. B. (2018). A Functional Analytic Approach to Understanding Disordered Gambling. *The Psychological Record, 68*(2), 177-187.
- El-Guebaly, N., Patten, S. B., Currie, S., Williams, J. V., Beck, C. A., Maxwell, C. J., & Wang, J. L. (2006). Epidemiological associations between gambling behavior, substance use & mood and anxiety disorders. *Journal of Gambling Studies, 22*(3), 275-287.
- Epstein, S., Pacini, R., Denes-Raj, V., & Heier, H. (1996). Individual differences in intuitive-experiential and analytical-rational thinking styles. *Journal of personality and social psychology, 71*(2), 390.
- Ericson KM, Laibson D. (2018). Intertemporal Choice. In: Bernheim BD, DellaVigna S, Laibson D, eds. *Handbook of Behavioral Economics*. Elsevier.
- Evans, J. S. B., & Stanovich, K. E. (2013). Dual-process theories of higher cognition: Advancing the debate. *Perspectives on psychological science, 8*(3), 223-241.
- Farrell, L. (2018). Understanding the relationship between subjective wellbeing and gambling behavior. *Journal of Gambling Studies, 34*(1), 55-71.
- Ferris, J. A., & Wynne, H. J. (2001). *The Canadian problem gambling index* (pp. 1-59). Ottawa, ON: Canadian Centre on substance abuse.
- Fong, T. W. (2005). The biopsychosocial consequences of pathological gambling. *Psychiatry (Edgmont), 2*(3), 22.
- Fortune, E. E., & Goodie, A. S. (2012). Cognitive distortions as a component and treatment focus of pathological gambling: a review. *Psychology of Addictive Behaviors, 26*(2), 298.
- Frederick, S. (2005). Cognitive reflection and decision making. *Journal of Economic perspectives, 19*(4), 25-42.
- Gaboury, A., & Ladouceur, R. (1989). Erroneous perceptions and gambling. *Journal of Social Behavior and Personality, 4*(4), 411.
- Gainsbury, S., Hing, N., & Suhonen, N. (2014). Professional help-seeking for gambling problems: Awareness, barriers and motivators for treatment. *Journal of Gambling Studies, 30*(2), 503-519.
- Goldstein, A. L., Faulkner, B., Cunningham, R. M., Zimmerman, M. A., Chermack, S., & Walton, M. A. (2013). A latent class analysis of adolescent gambling: Application of resilience theory. *International Journal of Mental Health and Addiction, 11*(1), 13-30.
- Grant, J. E., Kim, S. W., & Kuskowski, M. (2004). Retrospective review of treatment retention in pathological gambling. *Comprehensive psychiatry, 45*(2), 83-87.
- Grant, J. E., Schreiber, L., Odlaug, B. L., & Kim, S. W. (2010). Pathologic gambling and bankruptcy. *Comprehensive Psychiatry, 51*(2), 115-120.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment, 26*(1), 41-54.
- Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2010). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance- and mindfulness-based treatments. *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change, 2*, 107-33.
- Griffiths, M., & Wood, R. (2001). The psychology of lottery gambling. *International gambling studies, 1*(1), 27-45.
- Hayes, A. F., & Coutts, J. J. (2020). Use omega rather than Cronbach's alpha for estimating reliability. But.... *Communication Methods and Measures, 14*(1), 1-24.
- Henslin, J. (1967) Craps and magic. *American Journal of Sociology, 73*, 316-330.
- Hodgins, D. C., Stea, J. N., & Grant, J. E. (2011). Gambling disorders. *The Lancet, 378*(9806), 1874-1884.
- Holt, C. A., & Laury, S. K. (2002). Risk aversion and incentive effects. *American economic review, 92*(5), 1644-1655.

- Holtgraves, T. (2009). Evaluating the problem gambling severity index. *Journal of gambling studies*, 25(1), 105-120.
- IBM Corp. (2017). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jacobsen, L. H., Knudsen, A. K., Krogh, E., Pallesen, S., & Molde, H. (2007). An overview of cognitive mechanisms in pathological gambling. *Nordic Psychology*, 59(4), 347-361.
- Jara-Rizzo, M. F., Navas, J. F., Steward, T., Lopez-Gomez, M., Jiménez-Murcia, S., Fernandez-Aranda, F., & PERALES, Y. J. C. (2019). Impulsivity and problem awareness predict therapy compliance and dropout from treatment for gambling disorder. *Adicciones*, 31(2).
- Joormann, J., & Tanovic, E. (2015). Cognitive vulnerability to depression: examining cognitive control and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 4, 86-92.
- Kahneman, D. (2003). A perspective on judgment and choice: mapping bounded rationality. *American psychologist*, 58(9), 697.
- Keren, G. (1994). *The rationality of gambling: Gamblers' conceptions of probability, chance and luck*.
- Kim, J., Amaev, A., Quilty, L. C., Selby, P., Shah, P., Caravaggio, F., ... & Gerretsen, P. (2021). A measure to assess illness awareness in problem gambling: gambling awareness and insight scale (GAS). *Journal of Gambling Studies*, 1-15.
- Kimhi, S., & Eshel, Y. (2009). Individual and public resilience and coping with long-term outcomes of war 1. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 14(2), 70-89.
- Kimhi, S., Marciano, H., Eshel, Y., & Adini, B. (2020). Resilience and demographic characteristics predicting distress during the COVID-19 crisis. *Social Science & Medicine*, 265, 113389.
- Kuntsi, J., Oosterlaan, J., & Stevenson, J. (2001). Psychological mechanisms in hyperactivity: I response inhibition deficit, working memory impairment, delay aversion, or something else?. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(2), 199-210.
- Ladouceur, R. (2005). Controlled gambling for pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 21(1), 49-57.
- Lamers, S. M., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health continuum-short form (MHC-SF). *Journal of clinical psychology*, 67(1), 99-110.
- Loken, E., & Gelman, A. (2017). Measurement error and the replication crisis. *Science*, 355(6325), 584-585.
- Lussier, I., Derevensky, J. L., Gupta, R., Bergevin, T., & Ellenbogen, S. (2007). Youth gambling behaviors: An examination of the role of resilience. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(2), 165.
- Lussier, I., Derevensky, J. L., Gupta, R., Bergevin, T., & Ellenbogen, S. (2007). Youth gambling behaviors: an examination of the role of resilience. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(2), 165.
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social indicators research*, 48(2), 137-155.
- MacLaren, V. V., Fugelsang, J. A., Harrigan, K. A., & Dixon, M. J. (2011). The personality of pathological gamblers: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 31(6), 1057-1067.
- MacLaren, V., Ellery, M., & Knoll, T. (2015). Personality, gambling motives and cognitive distortions in electronic gambling machine players. *Personality and Individual Differences*, 73, 24-28.
- Mahdiani, H., & Ungar, M. (2021). The dark side of resilience. *Adversity and Resilience Science*, 2(3), 147-155.
- Mahoney, K. T., Buboltz, W., Levin, I. P., Doverspike, D., & Svyantek, D. J. (2011). Individual differences in a within-subjects risky-choice framing study. *Personality and Individual Differences*, 51(3), 248-257.

- May, R. K., Whelan, J. P., Steenbergh, T. A., & Meyers, A. W. (2003). The gambling self-efficacy questionnaire: An initial psychometric evaluation. *Journal of Gambling Studies, 19*(4), 339-357.
- Moore, S. M., & Ohtsuka, K. (1999). Beliefs about control over gambling among young people, and their relation to problem gambling. *Psychology of addictive behaviors, 13*(4), 339.
- Murch, W. S., & Clark, L. (2016). Games in the brain: neural substrates of gambling addiction. *The Neuroscientist, 22*(5), 534-545.
- O'Brien, C. (2011). Depression, cause or consequence of pathological gambling and its implications for treatment. *Counselling Psychology Review, 26*(1), 53–61.
- Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in cognitive sciences, 9*(5), 242-249.
- Ochsner, K. N., Silvers, J. A., & Buhle, J. T. (2012). Functional imaging studies of emotion regulation: a synthetic review and evolving model of the cognitive control of emotion. *Annals of the new York Academy of Sciences, 1251*(1), E1-E24.
- Oei, T. P., & Goh, Z. (2015). Interactions between risk and protective factors on problem gambling in Asia. *Journal of Gambling Studies, 31*(2), 557-572.
- Oei, T. P., & Gordon, L. M. (2008). Psychological factors related to gambling abstinence and relapse in members of gamblers anonymous. *Journal of Gambling Studies, 24*, 91–105.
- Open Science Collaboration. (2015). Estimating the reproducibility of psychological science. *Science, 349*(6251), aac4716.
- Orford, J., Wardle, H., Griffiths, M., Sproston, K., & Erens, B. (2010). PGSI and DSM-IV in the 2007 British Gambling Prevalence Survey: Reliability, item response, factor structure and inter-scale agreement. *International Gambling Studies, 10*(1), 31-44.
- Pacini, R., & Epstein, S. (1999). The relation of rational and experiential information processing styles to personality, basic beliefs, and the ratio-bias phenomenon. *Journal of personality and social psychology, 76*(6), 972.
- Parsons, S., Kruijt, A. W., & Fox, E. (2016). A cognitive model of psychological resilience. *Journal of Experimental Psychopathology, 7*(3), 296-310.
- Petry, N. M. (2001). Pathological gamblers, with and without substance abuse disorders, discount delayed rewards at high rates. *Journal of abnormal psychology, 110*(3), 482.
- Petry, N. M. (2013). *Pathological Gambling - Etiology, Comorbidity, and Treatment*. Washington DC: American Psychological Association.
- Pruessner, L., Barnow, S., Holt, D. V., Joormann, J., & Schulze, K. (2020). A cognitive control framework for understanding emotion regulation flexibility. *Emotion, 20*(1), 21.
- Pulford, J., Bellringer, M., Abbott, M., Clarke, D., Hodgins, D., & Williams, J. (2009). Barriers to help-seeking for a gambling problem: The experiences of gamblers who have sought specialist assistance and the perceptions of those who have not. *Journal of gambling studies, 25*(1), 33-48.
- Rachlin, H. (1997). Four teleological theories of addiction. *Psychonomic Bulletin & Review, 4*(4), 462–473. <https://doi.org/10.3758/BF03214335>
- Raylu, N., & Oei, T. P. S. (2004). The gambling related cognition scale (GRCS): Development, confirmatory factor validation and psychometric properties. *Addiction, 99*, 757–769.
- Rogers, J., Viding, E., & Chamorro-Premuzic, T. (2013). Instrumental and disinhibited financial risk taking: Personality and behavioural correlates. *Personality and Individual Differences, 55*(6), 645-649.
- Rogers, P., & Webley, P. (2001). "It could be us!": cognitive and social psychological factors in UK National Lottery play. *Applied Psychology, 50*(1), 181-199.
- Rogier, G., & Velotti, P. (2018). Conceptualizing gambling disorder with the process model of emotion regulation. *Journal of behavioral addictions, 7*(2), 239-251.
- Rogier, G., Beomonte Zobel, S., & Velotti, P. (2020). Pathological personality facets and emotion (dys) regulation in gambling disorder. *Scandinavian journal of psychology, 61*(2), 262-270.

- Rotter, J. B. (1990). Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. *American psychologist*, 45(4), 489.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of personality and social psychology*, 67(6), 1063.
- Schwartz, B., Ward, A., Monterosso, J., Lyubomirsky, S., White, K., & Lehman, D. R. (2002). Maximizing versus satisficing: happiness is a matter of choice. *Journal of personality and social psychology*, 83(5), 1178.
- Sela, T., Kilim, A., & Lavidor, M. (2012). Transcranial alternating current stimulation increases risk-taking behavior in the balloon analog risk task. *Frontiers in neuroscience*, 6, 22.
- Shah, P., Quilty, L., Kim, J., Graff-Guerrero, A., & Gerretsen, P. (2020). Impaired awareness of problem and pathological gambling: A review. *Journal of gambling studies*, 36(1), 39-50.
- Sharot, T. (2011). The optimism bias. *Current biology*, 21(23), R941-R945.
- Simon, H. A. (1955). A behavioral model of rational choice. *The quarterly journal of economics*, 69(1), 99-118.
- Skinner, B. F. (1974). *About Behaviorism*. New York: Vintage.
- StataCorp. (2021). *Stata Statistical Software: Release 17*. College Station, TX: StataCorp LLC.
- Sulkunen, P., Babor, T. F., Cisneros Örnberg, J., Egerer, M., Hellman, M., Livingstone, C., ... & Rossow, I. (2021). Setting limits: Gambling, science and public policy—Summary of results. *Addiction*, 116(1), 32-40.
- Toplak, M. E., West, R. F., & Stanovich, K. E. (2011). The Cognitive Reflection Test as a predictor of performance on heuristics-and-biases tasks. *Memory & Cognition*, 39(7), 1275.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1971). Belief in the law of small numbers. *Psychological bulletin*, 76(2), 105.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 185(4157), 1124-1131.
- Vintró-Alcaraz, C., Mestre-Bach, G., Granero, R., Gómez-Peña, M., Moragas, L., Fernández-Aranda, F., & Jiménez-Murcia, S. (2022). Do emotion regulation and impulsivity differ according to gambling preferences in clinical samples of gamblers?. *Addictive behaviors*, 126, 107176.
- Vong, F. (2007). The psychology of risk-taking in gambling among Chinese visitors to Macau. *International Gambling Studies*, 7(1), 29-42.
- Wagenaar, W. A. (1988). *Essays in cognitive psychology. Paradoxes of gambling behaviour*. Hillsdale, NJ, US.
- Walker, M. B. (1992). *The psychology of gambling*. Pergamon Press.
- Walsh, S. D., Sela, T., De Looze, M., Craig, W., Cosma, A., Harel-Fisch, Y., ... & Pickett, W. (2020). Clusters of contemporary risk and their relationship to mental well-being among 15-year-old adolescents across 37 countries. *Journal of Adolescent Health*, 66(6), S40-S49.
- Weatherly, J. N., & Dixon, M. R. (2007). Toward an integrative behavioral model of gambling. *Analysis of Gambling Behavior*, 1(1), 4-18.
- Weinhardt, J. M., Morse, B. J., Chimeli, J., & Fisher, J. (2012). An item response theory and factor analytic examination of two prominent maximizing tendency scales. *Judgment & Decision Making*.
- Weinstock, J., Burton, S., Rash, C. J., Moran, S., Biller, W., Krudelbach, N., ... & Morasco, B. J. (2011). Predictors of engaging in problem gambling treatment: data from the West Virginia Problem Gamblers Help Network. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(2), 372.
- Wilber, M. K., & Potenza, M. N. (2006). Adolescent gambling: Research and clinical implications. *Psychiatry (Edgmont)*, 3(10), 40.
- Williams, A. D., Grisham, J. R., Erskine, A., & Cassedy, E. (2012). Deficits in emotion regulation associated with pathological gambling. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 223-238.

- Wohl, M. J., & Enzle, M. E. (2002). The deployment of personal luck: Sympathetic magic and illusory control in games of pure chance. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(10), 1388-1397.
- Yurica, C. L., & Ditomasso, R. A. (2005). Cognitive distortions. In *Encyclopedia of cognitive behavior therapy* (pp. 117-122). Springer, Boston, MA.
- Zaleskiewicz, T. (2001). Beyond risk seeking and risk aversion: Personality and the dual nature of economic risk taking. *European journal of Personality*, 15(S1), S105-S122.