

## بررسی نقش تحلیلی خوددوستداری بزرگمنش و آسیب پذیر، دشواری در تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی با نیمرخ روانی در افراد مبتلا به اعتیاد

امین مراد نژاد، مربی گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، دزفول

[moradn.amin@gmail.com](mailto:moradn.amin@gmail.com)

ناهید افشاری، دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد دزفول

[arnikaafshar070@gmail.com](mailto:arnikaafshar070@gmail.com)

### چکیده:

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی نقش تحلیلی خوددوستداری و دشواری در تنظیم هیجان با نیمرخ روانی در معتادان می باشد. روش پژوهش حاضر، توصیفی - پیمایشی بوده است. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه معتادان شهرستان دزفول در سال 1397 می باشند. به منظور افزایش اعتبار و پایایی این پژوهش جامعه پژوهشی در نمونه، 100% کل جامعه انتخاب شدند و به دلیل آنکه حجم نمونه با جامعه آماری برابر بوده نمونه گیری صورت گرفته است. در این تحقیق جهت جمع آوری اطلاعات مورد نیاز از چهار پرسشنامه استفاده شد: پرسشنامه مقیاس دشواری در تنظیم هیجان گرتز و روئمر (DERS)، پرسشنامه شخصیت خودشیفته راسکین و هال (NPI - 40)، پرسشنامه خوددوستداری آسیب پذیر (VNS) و پرسشنامه تست شخصیت mmmpi. با توجه به فرضیه اصلی پژوهش، یافته چنین بدست می آید: چون سطح معناداری  $P=0/000$  در سطح اطمینان 95 درصد ( $\alpha=5\%$ ) از 0/05 کوچکتر است، بنابراین، فرضیه صفر رد و فرضیه پژوهش تایید میشود پس بین خود دوستداری و دشواری در تنظیم هیجان با نیمرخ روانی در افراد معتاد رابطه معناداری وجود دارد. نتیجه بیانگر اینست که خصیصه های روانی انسان ها یکی از مهمترین عوامل موثر در سوء مصرف مواد می باشد و مسلماً پی بردن به ارتباط حالت روانی به خصوص ویژگی های شخصیتی (نیمرخ روانی) انسانها با سوء مصرف مواد می تواند در پیشگیری یا کاهش این معضل کار ساز باشد.

کلیدواژه ها: خوددوستداری، دشواری در تنظیم هیجان، نیمرخ روانی، اعتیاد

## 1-1- مقدمه :

اعتیاد به مواد مضر و روان‌گردان از عمده نگرانی‌های عصر حاضر شده است، به طوری که سازمان بهداشت جهانی اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان را در کنار سلاح تروریستی، آلودگی محیط زیست و فقر از عمده خطرات تهدیدکننده جامعه انسانی می‌داند (آهون و همکاران، 1393). عوارض بسیار جدی اعتیاد بر سلامت فرد، زندگی خانوادگی، اقتصاد، امنیت و رشد فرهنگی جامعه بسیار گسترده و عمیق است (پاشا میثمی و همکاران، 1385). این بیماری پدیده‌ای است که در شکل‌گیری آن زمینه‌های پیش‌اعتیادی متعددی نقش دارند. در حالی که هیچ‌کس از اعتیاد در امان نیست ولی بعضی افراد بیشتر در معرض آن قرار می‌گیرند (آهون و همکاران، 1393). نظریه استعداد اعتیاد بیان می‌کند که بعضی افراد مستعد اعتیادند و اگر در معرض آن قرار گیرند معتاد می‌شوند. اعتیاد یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی است که عوامل فردی، محیطی و اجتماعی در پیدایش آن دخالت دارند (خالدیان، 1396).

آمار رو به افزایش مصرف مواد مخدر در دنیای کنونی به گونه‌ای است که یکی از سم‌شناسان معروف دنیا به نام لودوین می‌گوید: اگر غذا را مستثنی کنیم هیچ ماده‌ای در روی زمین نیست که به اندازه مواد مخدر این چنین آسان وارد زندگی ملت‌ها شده باشد. ایران به این دلیل که در مسیرهای اصلی حمل و نقل این مواد قرار دارد و نیز به دلایل تاریخی و اجتماعی، یکی از قربانیان بزرگ مواد مخدر به شمار می‌رود (همان منبع).

کاهش ابراز هیجانات اساساً بیانگر نوعی فقدان یا بد تنظیمی هیجانات است. به همین صورت آسیب در ظرفیت‌های پردازش هیجانی و تنظیم هیجانی ممکن است عامل خطر احتمالی برای انواع بیماری‌های پزشکی و روانپزشکی از جمله اختلالات سایکوتیک باشد (پارکر و تایلر<sup>1</sup>، 2001، به نقل از حشمتی و همکاران، 1389).

یکی از مفاهیم اصلی و اساسی در مکتب بودیسم<sup>2</sup> که به نوعی با ذهن آگاهی نیز مرتبط بوده و در ادبیات مربوط به ذهن آگاهی به آن اشاره شده، مفهوم خوددوستداری است. خوددوستداری به معنای گشودگی و تحت تاثیر قرار گرفتن از رنج دیگران، به گونه‌ای که فرد مشکلات و رنج‌های خود را قابل تحمل تر بیابد تعریف شده است. این مفهوم همچنین به معنای صبور و مهربان بودن نسبت به دیگران و داشتن درک غیر قضاوت‌مندانه در رابطه با آن‌ها می‌باشد. به عبارتی خوددوستداری اعتقاد به این باور است که همه افراد کامل نبوده و

<sup>1</sup> - Parker, & Taylor

<sup>2</sup> -School of Buddhism

دچار نواقصی هستند. همچنین، خوددوستداری به معنای گشودگی، صبور و مهربان بودن نسبت به خود و درک غیر قضاوت گونه نسبت به نواقص و قصور خود است. همچنین دانستن این امر که تجارب فرد جزئی از تجاربی است که سایر افراد نیز آن را تجربه می‌نمایند (نف<sup>1</sup>، 2011). خوددوستدار بودن به فرد کمک می‌کند تا بتواند در برابر تغییرات محیطی خود را سازگار نموده و از این رو یکی از راههای کمک نمودن فرد به خود برای تربیت ذهنی است که به بهزیستی روانی فرد کمک می‌نماید. در حقیقت حالت خوددوستدارانه که افراد به تدریج خود را با آن سازگار می‌کنند به آنها کمک می‌کند تا با هیجانات چالش برانگیز خود به گونه ای منطقی و خود جهت مدارانه برخورد نمایند. با وجود آنکه داشتن احساس خود دوستدارانه، با این امر که فرد به گونه خشنی با خود قضاوتی عمل نماید در تناقض است اما جزء ذهن آگاهانه این مولفه شامل این است که فرد به جای نادیده انگاشتن نواقص خود، آن‌ها را به وضوح مشاهده نماید. علاوه بر این فردی که به درستی خود را دوست بدارد از سلامتی و بهزیستی روانی بیشتری برخوردار بوده که این امر به این معناست که فرد با ملایمت خود را برای تغییرات زندگی ترغیب نموده و الگوهای رفتاری مضر و نامطلوب خود را اصلاح می‌نماید. بنابراین خود دوستداری می‌تواند از طرق مختلف به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجانی در نظر گرفته شود که در آن از تجربه هیجانات آزار دهنده و نامطلوب جلوگیری نمی‌گردد بلکه تلاش می‌شود تا احساسات به نوعی مهربانانه مورد پذیرش واقع شود. بنابراین احساسات منفی به سمت احساسات مثبت تغییر می‌نماید و فرد راه‌های جدیدی برای مقابله پیدا می‌کند (فولکمن و مسکوویتس<sup>2</sup>، 2000). بنا به این علت، خود دوست داری یکی از جنبه‌های هوش هیجانی است که در بردارنده توانایی برای ثبت هیجانات و استفاده از اطلاعات برای هدایت افکار و اعمال است (بائر، 2010). پینکاس و کین (2004) در یک پژوهش فراتحلیلی با عنوان «برچسب‌هایی برای خوددوستداری» خوددوستداری را به دو شاخه کلی تقسیم کرده اند: نوع آشکار (خوددوستدار بزرگمنش)، نوع پنهان (خوددوستدار آسیب پذیر).

نیمرخ شخصیتی از جمله سازه‌های روان‌شناختی است که برای بهزیستی و رفاه اجتماعی افراد که تمام زوایای زندگی از محیط خانه گرفته تا مدرسه، دانشگاه، محیط کار و نظایر آن را در بر می‌گیرد. بر همین مبنا، نیمرخ شخصیتی به افراد کمک می‌کند تا با ایجاد روش‌های صحیح روانشناختی و عاطفی با محیط خود سازگاری ایجاد نموده و برای حل مشکلات از راه‌های مطلوب استفاده نمایند (میلانی فر، 1380). خصوصیات روانی-شخصیتی معنادار به مواد مخدر، صرفاً ناشی از این است که، آنان قبل از اعتیاد دارای نارسائی روانی و شخصیتی عدیده‌ای بوده‌اند که بعد از اعتیاد به صورت مخرب تری ظاهر و تشدید شده. لذا در تمام

<sup>1</sup> Nef

<sup>2</sup> Folkman & Muscovites

نوشته های مربوط به اعتیاد از ویژگی های شخصیت به عنوان عامل مهمی برای کشانده شدن به سمت اعتیاد تذکر داده شده است. به عبارت دیگر عده کثیری از معتادان افرادی هستند که دارای نارسائی شخصیت بوده اند (کاپلان و سادوک، 2007).

بنابراین هدف اصلی این پژوهش بررسی نقش تحلیلی خوددوستداری بزرگمنش و آسیب پذیر ( آشکار و پنهان ) و دشواری در تنظیم هیجان با نیمرخ روانی در افراد مبتلا به اعتیاد است و فرضیاتی که به دنبال اثبات آنیم به شرح ذیل اند:

بین تنظیم شناختی هیجانی و خود دوستداری با نیمرخ روانی در افراد معتاد رابطه معنا داری وجود دارد.

بین تنظیم هیجان شناختی و نیمرخ روانی در افراد معتاد رابطه معنا دار وجود دارد.

بین خوددوستداری آشکار با نیمرخ روانی در افراد معتاد رابطه معنا داری وجود دارد .

بین خوددوستداری پنهان با نیمرخ روانی در افراد معتاد رابطه معنا داری وجود دارد .

بین تنظیم شناختی هیجانی با اعتیاد رابطه معنا داری وجود دارد .

بین خود دوستداری با اعتیاد رابطه معنا داری وجود دارد .

بین نیمرخ روانی با اعتیاد رابطه معنا داری وجود دارد.

## 2-1- روش تحقیق

در این پژوهش از روش توصیفی - پیمایشی استفاده شده است . در تحقیقات توصیفی محقق نسبت به آزمودنی ها و افراد انسانی مراجعه و در مورد موضوعات خاصی از آنان سوال می کند و طرز تفکر نگرش و اعتقادات افراد مورد بررسی قرار می گیرد .

## 2-2- جامعه آماری

جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه معتادان شهرستان دزفول در سال 1397 می باشد.

## 2-3- روش نمونه گیری و تعیین حجم نمونه

به منظور افزایش اعتبار و پایایی این پژوهش جامعه پژوهشی در نمونه ، پس از بررسی و مشورت با استاد راهنما 100% کل جامعه انتخاب شدند و به دلیل آنکه حجم نمونه با جامعه آماری برابر بوده نمونه گیری صورت نگرفته است .

## 4-2- ابزار تحقیق

در این تحقیق جهت جمع آوری اطلاعات مورد نیاز از چهار پرسشنامه استفاده شد که در زیر به شرح آنها پرداخته شده است .

### 1-2-4- پرسشنامه مقیاس دشواری در تنظیم هیجان گرتز و روئمر DERS

تعداد سئوالات: 36 سوال

12 سوال معکوس : 1 و 2 و 6 و 7 و 8 و 10 و 17 و 20 و 22 و 24 و 34

بعد یا مولفه: دارد (نشش بعد: عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی)

خیلی به ندرت 1 و گاهگاهی 2 و تقریباً در نیمی از موارد 3 و بیشتر اوقات 4 و تقریباً همیشه 5

مولفه های متغیر پرسشنامه مقیاس دشواری در تنظیم هیجان گرتز و روئمر ( DERS ): شامل 36 سوال استاندارد :

سوالات 1 الی 36 پرسشنامه

عدم پذیرش پاسخ های هیجانی شامل 6 سوال: 22 و 25 و 29 و 21 و 12 و 11

دشواری در انجام رفتار هدفمند شامل 5 سوال: 26 و 18 و 20 و 33 و 13

دشواری در کنترل تکانه شامل 6 سوال: 33 و 3 و 19 و 14 و 24 و 27

فقدان آگاهی هیجانی شامل 6 سوال: 2 و 6 و 8 و 10 و 17 و 34

دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی شامل 8 سوال: 15 و 16 و 22 و 28 و 30 و 31 و 35 و 36

عدم وضوح هیجانی شامل 5 سوال: 1 و 4 و 5 و 7 و 9

مقیاس اولیه دشواری در تنظیم هیجان یک ابزار سنجش 41 آیتمی خودگزارش دهی بود که برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجانی از لحاظ بالینی تدوین شد. آیتم های این مقیاس بر اساس گفتگوهای متعدد با همکاران آشنا با متون تنظیم هیجان تدوین و انتخاب شد (گرتز و

روئمر، 2004). مقیاس انتظار تعمیم یافته تنظیم هیجانی منفی (NMR1)؛ ساتانزارو و میرنز 3 1000، به نقل از گرتز و روئمر، 2004) به عنوان الگویی در، تدوین این مقیاس به کار گرفته شده است. به منظور ارزیابی دشواری در تنظیم هیجانات ظرف دوران آشفستگی (هنگامی که راهبردهای تنظیم هیجانی لازم و ضروری می‌باشند)، بسیاری از عبارات DERS مشابه NMR با «هنگامی من آشفته هستم» آغاز می‌گردند. گستره پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت 1 تا 5 قرار می‌گیرد. یک به معنای تقریباً هرگز (0 تا 10 درصد)، دو به معنای گاهی اوقات (11 تا 35 درصد)، سه به معنای نیمی از مواقع (33 تا 35 درصد)، چهار به معنای اکثر اوقات (33 تا 00 درصد) و پنج به معنای تقریباً همیشه (01 تا 100 درصد) می‌باشد. یک آیتم به خاطر همبستگی پایین آن با کل مقیاس و 4 آیتم به خاطر بار عاملی پایین یا دوگانه روی دو عامل حذف شدند. به این ترتیب از مجموع 41 آیتم ابتدایی مقیاس 33 آیتم باقی ماندند.

تحلیل (تفسیر) بر اساس میزان نمره پرسشنامه: بر اساس این روش از تحلیل شما نمره‌های به دست آمده را جمع کرده و سپس بر اساس جدول زیر قضاوت کنید. توجه داشته باشید میزان امتیازهای زیر برای یک پرسشنامه است در صورتی که به طور مثال شما 10 پرسشنامه داشته باشید باید امتیازهای زیر را ضربدر 10 کنید. امتیازات خود را از 36 عبارت فوق با یکدیگر جمع نمایید. حداقل امتیاز ممکن 36 و حداکثر 180 خواهد بود. نمره بین 36 تا 72 بیانگر دشواری در تنظیم هیجان در حد پایین است. نمره بین 72 تا 108 بیانگر دشواری در تنظیم هیجان در حد متوسط است. نمره بالاتر از 108 بیانگر دشواری در تنظیم هیجان در حد بالا می‌باشد.

روایی و پایایی: تحلیل عاملی وجود 6 عامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، عدم وضوح است که این مقیاس از هیجانی را نشان داد. نتایج حاکی از همسانی درونی بالایی، 93، 0 برخوردار می‌باشد (گرتز و روئمر، 2004). هر شش زیر مقیاس DERS، آلفای کرونباخ بالای 80، 0 دارند. همچنین DERS دارای همبستگی معناداری با مقیاس NMR و پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ4)، هایز و همکارانش) دارد (گرتز و روئمر، 2004). بر اساس داده‌های حاصل از عزیزی، میرزایی و شمس (1388) میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه 92، 0 برآورد شد.

2-4-2 - پرسشنامه شخصیت خودشیفته راسکین و هال (NPI - 40)

پرسشنامه شخصیت خودشیفته نسخه 40 گویه ای (NPI - 40) : این پرسشنامه ، برای اولین بار توسط راسکین و هال در نسخه ای 80 و 54 گویه ای ساخته شد. پرسشنامه شخصیت خودشیفته نسخه 40 گویه ای در سال 1988 توسط راسکین و تری در 3 مطالعه مجزا برای اعتباریابی مورد بررسی قرار گرفت. بعدا نیز آموز و همکاران این پرسشنامه را به NPI - 16 تقلیل دادند. ضرایب پایایی (آلفای کرانباخ) گزارش شده برای پرسشنامه شخصیت خودشیفته نسخه 40 گویه ای توسط راسکین و تری (1988) بالاتر از 0,74 برای تمام زیر مقیاس های 7 گانه به دست آمد.

پرسشنامه شخصیت خودشیفته نسخه 40 گویه ای راسکین و تری (1988) دارای 7 زیر مقیاس بوده که خودشیفتگی را براساس جفت گویه ها ارزیابی می کند. پاسخ دهنده باید یکی از آن ها را انتخاب نماید. 7 زیر مقیاس این ابزار عبارتند از :

قدرت و اختیار: 36 و 33 و 32 و 12 و 11 و 10 و 8 و 1

خود بسندگی : 39 و 34 و 31 و 22 و 21 و 17

تقدم : 40 و 37 و 26 و 9 و 4

خودنمایی: 38 و 30 و 28 و 20 و 7 و 3 و 2

انتفاع : 35 و 23 و 16 و 13 و 6

غرور و خوبینی: 29 و 19 و 15

ملقب کردن: 27 و 25 و 24 و 18 و 14 و 5

الف نمره 1 و ب نمره 2 دارد. بر اساس این روش از تحلیل شما نمره های به دست آمده را جمع کرده و سپس بر اساس جدول زیر قضاوت کنید. توجه داشته باشید میزان امتیاز های زیر برای یک پرسشنامه است در صورتی که به طور مثال شما 10 پرسشنامه داشته باشید باید امتیاز های زیر را ضربدر 10 کنید

مثال: حد پایین نمرات پرسشنامه به طریق زیر بدست آمده است

تعداد سوالات پرسشنامه \* 1 = حد پایین نمره

جدول 1- حد نمرات

حد بالای

حد متوسط نمرات

حد پایین نمره

نمرات		
80	60	40

امتیازات خود را از 40 عبارت فوق با یکدیگر جمع نمایید. حداقل امتیاز ممکن 40 و حداکثر 80 خواهد بود.

نمره بین 40 تا 50 : حس انسجام پایین است.

نمره بین 50 تا 60 : حس انسجام متوسط است.

نمره بالاتر از 60 : حس انسجام بالا است .

#### 4-4-2- پرسشنامه خوددوستداری آسیب پذیر (VNS ; پیمنتل و دیگران ، 2004)

این مقیاس شامل 50 گویه و 7 مولفه کلی آسیب پذیری خوددوستدارانه حرمت خود، استثمارگری، خودایثارگری- خودتقویت دهی ، خودکفایی دفاعی ، خیالپردازی بزرگ منشانه ، اجتناب اجتماعی خود دوستدارانه و انکار نیازهای شرم آور ، خشم خوددوستدارانه است و آزمودنی باید پاسخ خود را در یک مقیاس 6 درجه ای از نوع لیکرت که از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق درجه بندی شده است ، مشخص کند میانگین نمره ها در هر مولفه بیانگر نمره آن مولفه و مجموع نمره ها نشان دهنده میزان خوددوستداری آسیب پذیر است . ضریب بازآزمایی مولفه ها بین 0/70 تا 0/93 قرار داشت . روایی پرسشنامه از طریق همبستگی آن با مقیاس خوددوستداری موری (0/62)، فزون حساسیتی خوددوستدارانه سرکوویک (0/52)، مقیاس حرمت خود روزنبرگ (-0/37)، مقیاس دیدگاه اخلاقی (0/14-)، پرسشنامه سه برداری وابستگی (0/43)، مقیاس تجربه شرم (0/55)، با مولفه های پرسشنامه سازمان دهی شخصیت {دفاعهای ابتدایی (0/6)، سردرگمی هویت (0/62)، سنجش واقعیت (0/48)، پرخاشگری (0/36)، ارزشهای اخلاقی (0/45)} بدست آمد . اما همبستگی بین VNS و سه مولفه NPI (LA . SS . SE) معنادار نبود و تنها با مولفه EE مقیاس NPI همبستگی مثبت معنادار (0/36) داشت (پیمنتل و دیگران ، 2004) .

#### 4-2-5- پرسشنامه تست شخصیت mmpi

تست شخصیت mmpi یا پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه سوتا را می توان یکی از مهمترین و معتبرترین آزمون های شخصیت دانست. این پرسشنامه در سال 1943 به وسیله هاتاوی و مک کنیلی در دانشگاه مینه سوتا ساخته شد و بیش از هر پرسشنامه ای در



بیمارستان‌ها و مراکز بهداشت روانی مورد استفاده قرار گرفت و مشوق بسیاری از پژوهش‌های علمی می‌باشد.

این پرسشنامه در فرم اصلی خود دارای 556 سوال است و زمان لازم برای اجرای آن حدود یک ساعت می‌باشد. از آنجا که اجرای فرم 555 سوالی بسیار مشکل بود فرم‌های کوتاه‌تری از آن تهیه شد که کمترین آن فرم 71 سوالی می‌باشد که در سال 1968 دکتر کینی کان آن را تنظیم کرده و پس از انجام کارهای آماری قابلیت تشخیصی آن تایید شد. تست شخصیت **mmpi** را می‌توان هم به صورت فردی و هم به صورت گروهی اجرا نمود. فرم‌های گوناگون این پرسشنامه را می‌توان در گروه‌های سنی بالاتر از 16 سال و یا افرادی که حداقل دارای 8 کلاس تحصیلات هستند، اجرا کرد.

این تست نقش مهمی در تعیین مشکلات اجتماعی، شخصی و رفتاری در بیماران روانی دارد و اطلاعات با ارزشی در جهت تشخیص و درمان بیماران در اختیار روانپزشک می‌گذارد ولی به دنبال کشف بیماری روانی نمی‌باشد. هدف از اجرای این تست شناخت ابعاد شخصیت آزمون دهنده بوده و ویژگی‌های شخصیتی فرد را مشخص می‌کند. کاربرد تست در موارد استخدام مشاغل خاص و مهم، ازدواج و مسائل خانوادگی و همچنین شناسایی اختلالات رفتاری و روانی می‌باشد. تست شخصیت **mmpi** یک ابزار تخصصی است و برای افرادی که دچار اختلال شخصیت و مشکلات روان شناختی هستند ساخته شده و نتایج به دست آمده در مورد افراد بهنجار و عادی کاربرد کمتری دارد.

## نمره گذاری تست شخصیت **mmpi**

نمره‌گذاری این پرسشنامه در دو دسته از مقیاس‌ها صورت می‌گیرد. یک دسته مقیاس‌های روانی را شامل می‌شود که قبل از تفسیر و نمره‌گذاری مقیاس‌های بالینی نمره‌گذاری و تفسیر می‌شود. مقیاس‌های روانی شامل مواردی است که احتمال اینکه فرد به برخی از سوالات دروغ گفته باشد یا جنبه‌های دفاعی به خود گرفته باشد را مشخص می‌کند. همچنین با استفاده از برخی میزان‌های این مقیاس می‌توان تعیین کرد که آیا فرد در طول پاسخدهی به آزمون تلاش داشته خود را بهتر و یا بدتر جلوه دهد. بر همین اساس نمرات آزمودنی در مقیاس بالینی نیز مورد تعبیر و تفسیر قرار می‌گیرند.

• مقیاس‌های روانی شامل موارد زیر است:

مقیاس (وانمود خوب) دروغ سنجی: فرد تلاش دارد خود را بهتر نشان دهد.

مقیاس (وانمود بد): فرد تلاش دارد خود را بدتر نشان دهد.

مقیاس (انکار کردن): فرد در طول آزمون حالت تدافعی دارد.

• مقیاس‌های بالینی به خصوصیات شخصیتی فرد در ابعاد مختلف می‌پردازد. این مقیاس‌ها در فرم 71 سوالی کاهش پیدا کرده‌اند و مقیاس‌های باقیمانده شامل موارد زیر است:

مقیاس HS یا هیپوکندری: به خصوصیت بیماری گونه خود فرد اشاره دارد. کسانی که نمره بالایی در این قسمت می‌گیرند توجه زیادی به مشکلات جسمی خود دارند و اغلب احساس بیماری و ناراحتی می‌کنند، اما در واقع مشکل خاصی ندارند.

مقیاس D یا افسردگی: نمره فرد در این مقیاس میزان افسردگی را نشان می‌دهد.

مقیاس Hy یا هیستری: مقدار تمایل فرد به انجام واکنش‌های نمایشی را نشان می‌دهد.

مقیاس Pd یا انحراف روانی اجتماعی: میزان واکنش‌های ضد اجتماعی را نشان می‌دهد.

مقیاس PT یا ضعف روانی: نشان دهنده خستگی و ضعف روانی است.

مقیاس SC یا اسکیزوفرنی: به وجود اختلالات اسکیزوفرنیک یا شبه آن اشاره می‌کند.

مقیاس Ma یا شیدایی خفیف: این نتیجه برعکس نتیجه افسردگی است. این افراد شادتر و پرانرژی‌تر از معمول هستند و اگر این حالت اما اگر بیش از اندازه باشد اختلال مانیا یا شیدایی محسوب می‌شود.

## تفسیر تست شخصیت mmpi

برای تفسیر کامل آزمون mmpi وجود تجربه عملی با افراد و بیماران و اجرای آزمون ضروریست. معمولاً با رسم پروفایل و نیمرخ روانی نمرات آزمودنی در مقیاس‌های بالینی و روانی به ترتیب بالاترین نمرات فرد در مقیاس‌های بالینی، تعیین و کدبندی لازم انجام می‌شود. چندین ترکیب مختلف از کدبندی‌ها در تفسیر آزمون mmpi ارائه شده است، ولی مسلم است که تفسیر نهایی تنها با استناد به این رمزها و کدبندی‌ها انجام نمی‌شود و کلیه نمرات فرد در مقیاس‌های بالینی و روانی و شیوه پاسخدهی به آزمون مدنظر قرار می‌گیرد.

## 5-2- چگونگی تعیین پایایی ابزار پژوهش

در پژوهش حاضر با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ، پایایی پرسشنامه مقیاس دشواری در تنظیم هیجان گرتز و روئمر DERS 91% بدست آمده است. پایایی پرسشنامه شخصیت خودشیفته راسکین و هال (NPI - 40) 90% بدست آمده است. پایایی پرسشنامه

پرسشنامه خوددوستداری آسیب پذیر (VNS ; پیمنتل و دیگران ، 2004) 86% بدست آمده است . پایایی پرسشنامه تست شخصیت mmpi 87% بدست آمده است . چون پایایی این پرسشنامه های از 0/70 بیشتر است پس میتوان ادامه تحقیق را با نمونه بیشتری از جامعه با نتایج لازم مطلوب دانست .

جدول 2- ضرایب پایایی پرسشنامه

ضریب پایایی آلفای کرونباخ	شاخص آماری	مقیاس
91%	DERS	پرسشنامه مقیاس دشواری در تنظیم هیجان گرتز و روئمر
90%	(NPI - 40)	پرسشنامه شخصیت خودشیفته راسکین و هال
86%	(VNS ; پیمنتل و دیگران ، 2004)	پرسشنامه خوددوستداری آسیب پذیر
87%	mmpi	پرسشنامه تست شخصیت

### 3-1- پیشینه پژوهش

\* نتایج مطالعات عرفانی و پورسینا (1392) نیز نشان داد که بین نیمرخ ویژگی های شخصیتی معتادان گمنام و غیرگمنام زندانی مرد ، تفاوت معناداری وجود دارد. به گونه ای که میانگین نمره روان نژندی معتادان گمنام از غیرگمنام کمتر بود، اما میانگین نمره برون گرایای معتادان گمنام از غیرگمنام بیشتر بود.

\* طباطبایی، ابراهیمی ثانی و مرتضوی (1391) در پژوهشی که با عنوان اثر بخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری در تغییر باورهای غیر منطقی افراد معتاد شهر بجنورد به روش شبه تجربی بصورت تصادفی بر روی 80 بیمار تحت درمان مراجعه کننده به مراکز متادون درمانی، طی 10 جلسه 90 دقیقه ای انجام شد، نتایج نشان دادند که گروه درمانی شناختی - رفتاری در کاهش باورهای غیر منطقی معتادین موثر بوده و می تواند نگرش مثبت آنان را نسبت به سوء مصرف مواد تغییر دهد.

\* نتایج تحقیق حدادی، رستمی، رحیمی نژاد و اکبری (1391) با عنوان اثر بخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری کنترل تکانه بر کاهش تکانشگری، ولع مصرف و شدت اعتیاد در معتادان مصرف کننده کراک که با جامعه آماری 30 نفر از معتادان شهر تهران انجام شده؛ نتایج تحقیقات نشان دادند که درمان گروهی شناختی - رفتاری کنترل تکانه بر کاهش تکانشگری، ولع مصرف و شدت اعتیاد در معتادان مصرف کننده کراک مؤثر است.

\* زارعی و اسدی (1390) در مطالعه خود دریافتند که بین نوجوانان معتاد و غیرمعتاد در ویژگی‌های شخصیتی تفاوت معناداری وجود دارد و نمرات نوجوانان معتاد در روان رنجورخویی به طور معناداری بالاتر و در توافق پذیری و وجدانی بودن پایین تر از نوجوانان بهنجار است.

\* رحیمی نسب (1394) در تحقیقی با عنوان اثر بخشی واقعیت درمانی گروهی بر پرخاشگری، تنظیم هیجانان و سازگاری اجتماعی زندانیان مرد زندان مرکزی بجنورد که بصورت نیمه تجربی و بصورت تصادفی روی 40 نفر از زندانیان طی 8 جلسه 90 دقیقه ای انجام شد، نتایج نشان دادند که واقعیت درمانی گروهی بر پرخاشگری، تنظیم هیجانان و سازگاری اجتماعی زندانیان مؤثر است.

#### 4-1- یافته‌های پژوهش

#### 4-2- یافته‌های توصیفی

جدول 3: شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نمره ناگویی هیجانی و تنظیم شناختی هیجانی و خوددوستداری و نیمرخ روانی در افراد معتاد شهرستان دزفول

بیشتر ین نمره	کمتر ین نمره	انحراف ف معیار	میان گین	شاخصهای آماري متغيرها تنظيم
80	39	/259	/42	

		8	56	شناختی هیجانی
45	29	8/54	68/	خوددوستدا ری
129	35	521/	81/	نیمرخ روانی
		10	62	
		9	55	

همان طوری که در جدول 3 مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار نمره تنظیم شناختی هیجانی در افراد معتاد شهرستان دزفول (56/42 و 8/259) و میانگین و انحراف معیار نمره خوددوستدای در افراد معتاد شهرستان دزفول (62/68 و 10/854) میانگین و انحراف معیار نمره نیمرخ روانی در افراد معتاد شهرستان دزفول (55/81 و 9/521) می‌باشد.

#### 4-3- یافته‌های استنباطی

در این بخش یافته‌های مربوط به فرضیه‌های تحقیق بررسی خواهند شد. از آزمون کولموگوف - اسمیرنف برای توزیع نرمال بودن داده‌ها و ضریب همبستگی پیرسون برای آزمون فرضیه‌های پژوهش و همچنین رگرسیون چندگانه با استفاده از روش ورود (Enter) استفاده شد.

#### 4-4- آزمون نرمال بودن داده‌ها

پیش از آزمون فرضیه‌های پژوهش ابتدا باید آزمون نرمال بودن داده انجام شود. زیرا قبل از هر گونه آزمونی که با فرض نرمال بودن داده‌ها صورت می‌گیرد باید از نرمال بودن داده‌ها اطمینان حاصل شود. هنگام بررسی نرمال بودن داده‌ها فرض صفر مبتنی بر این که توزیع داده‌ها نرمال است را در سطح خطای 5% تست می‌شود. بنابراین اگر آماره آزمون بزرگ‌تر مساوی 0/05 به دست آید، در این صورت دلیلی برای رد فرض صفر مبتنی بر اینکه داده نرمال است، وجود نخواهد داشت. به عبارت دیگر توزیع داده‌ها نرمال خواهد بود. برای آزمون نرمالیت فرض‌های آماری به صورت زیر تنظیم می‌شود:

$H_0$ : توزیع داده‌های مربوط به هر یک از متغیرها نرمال است.

H1: توزیع داده‌های مربوط به هر یک از متغیرها نرمال نیست.

به طور مشخص در این پژوهش از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای آزمون نرمال بودن داده‌ها استفاده شده است. نتایج حاصل از آزمون نرمال در جدول زیر ارائه شده است.

جدول 4- آزمون نرمال بودن داده‌ها (کولموگروف-اسمیرنوف)

نام متغیر شاخص آماری	تنظیم شناختی هیجانی	خوددوستداری پنهان	خوددوستداری آشکار	نیمرخ روانی
میزان Z	0/511	0/904	0/521	0/611
مقدار معناداری	0/957	0/388	0/346	0/351
نتیجه آزمون	تایید H <sub>0</sub>	تایید H <sub>0</sub>	تایید H <sub>0</sub>	تایید H <sub>0</sub>

براساس نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در جدول شماره 4- در تمامی موارد مقدار معناداری بزرگ‌تر از سطح خطا (0/05) به دست آمده است. بنابراین هیچ دلیلی برای رد فرض صفر وجود ندارد و لذا توزیع داده‌ها نرمال است.

#### 4-5- بررسی فرضیات پژوهش

بین تنظیم شناختی هیجانی و خود دوستداری با نیمرخ روانی در افراد معتاد رابطه معنا داری وجودش دارد.

جدول 5- تحلیل واریانس و ضرایب همبستگی چندگانه در رگرسیون چند متغیری جهت رابطه بین تنظیم شناختی هیجانی و خود دوستداری با نیمرخ روانی در افراد معتاد

نتیجه آزمون	همبستگی چندگانه MR	ضریب تعیین R <sub>s</sub> (R <sup>2</sup> )	نسبت F (خطی بودن رگرسیون)		شاخصهای آماری احتمال P برای خطی بودن رگرسیون	
			Brta	B	پیش بین ثابت رگرسیون	ملاک
تایید H <sub>1</sub>	R = 0/569 Sig (p)	R <sup>2</sup> = 0/279 T	F = 7/323		P = 0/000	
تایید H <sub>1</sub>	0/008	2/779	0/410	4/04 0	تنظیم شناختی هیجانی	
تایید H <sub>1</sub>	0/003	2/621	0/451	3/02 0	خوددوستداری	

با توجه به جدول 5- ( $F = 7/323$ ) چون سطح معناداری  $P = 0/000$  در سطح اطمینان 95 درصد ( $\alpha = 5\%$ ) از  $0/05$  کوچکتر است، بنابراین، فرضیه صفر رد و فرضیه پژوهش تایید میشود و نتیجه می‌گیریم که بین تنظیم شناختی هیجانی و خود دوستداری با نیمرخ روانی در افراد معتاد رابطه معناداری وجود دارد. در این جدول مشاهده میشود که ضریب همبستگی چندگانه برابر  $R = 0/569$  می‌باشد. بعبارت دیگر تنظیم شناختی هیجانی و خود دوستداری در مجموع  $0/569$  با نیمرخ روانی همبستگی دارد. ضریب تعیین برابر با  $0/279$  شده است یعنی متغیرهای تنظیم شناختی هیجانی و خود دوستداری روی هم  $27/9$  درصد واریانس (تغییرات) متغیر نیمرخ روانی را تبیین می‌کنند.

بین تنظیم هیجان شناختی و نیمرخ روانی در افراد معتاد رابطه معنادار وجود دارد.

جدول 6- ضریب همبستگی پیرسون بین تنظیم شناختی هیجانی و نیمرخ روانی در افراد معتاد

نیمرخ روانی در افراد معتاد						متغیر ملاک
نتیجه آزمون	تعداد	سطح خطا ( $\alpha$ )	سطح معناداری ( $p$ )	ضریب تعیین ( $R^2$ )	ضریب همبستگی پیرسون ( $r$ )	متغیر پیش‌بین
$H_1$ تایید	50	0/05	0/004	0/158	0/398	تنظیم شناختی هیجانی

براساس جدول 6 ملاحظه میشود مقدار آزمون همبستگی پیرسون ( $r = 0/398$  و  $0/004$   $p =$  بین تنظیم شناختی هیجانی و نیمرخ روانی در افراد معتاد در سطح  $0/05$  معنادار می‌باشد. لذا فرضیه صفر رد و فرضیه پژوهش تایید میشود و نتیجه می‌گیریم که بین تنظیم شناختی هیجانی و نیمرخ روانی در افراد معتاد رابطه معناداری وجود دارد. چون مقدار همبستگی مثبت و ضعیف است وجود رابطه مستقیمی را می‌پذیریم.

پس با اطمینان 95% نتیجه می‌گیریم که با بالا رفتن تنظیم شناختی هیجانی، نیمرخ روانی در افراد معتاد نیز به نسبت ضعیفی بالا خواهد بود. با توجه به مقدار ضریب تعیین  $R^2 = 0/158$  مشخص شده که  $15/8$  درصد واریانس نیمرخ روانی در افراد معتاد توسط متغیر پیش‌بین (تنظیم شناختی هیجانی) قابل تبیین می‌باشد.

بین خوددوستداری آشکار با نیمرخ روانی در افراد معتاد رابطه معنا داری وجود دارد .

جدول 7- ضریب همبستگی پیرسون بین خوددوستداری آشکار با نیمرخ روانی در افراد معتاد

نیمرخ روانی در افراد معتاد						متغیر (وابسته) ملاک
نتیجه آزمون	تعداد	سطح خطا ( $\alpha$ )	سطح معناداری ( $p$ )	ضریب تعیین ( $R^2$ )	ضریب همبستگی پیرسون ( $r$ )	
H <sub>1</sub> تایید	50	0/05	0/038	0/187	0/433	متغیر پیش بین (مستقل) خوددوستداری آشکار

براساس جدول 7 ملاحظه میشود مقدار آزمون همبستگی پیرسون ( $r = 0/127$  و  $p = 0/038$ ) بین خوددوستداری آشکار با نیمرخ روانی در افراد معتاد در سطح  $0/05$  معنادار می باشد . لذا فرضیه صفر رد و فرضیه پژوهش تایید میشود و نتیجه می گیریم که بین خوددوستداری آشکار با نیمرخ روانی در افراد معتاد رابطه معنا داری وجود دارد .

پس با اطمینان 95% نتیجه می گیریم که با بالا رفتن خوددوستداری آشکار ، نیمرخ روانی در افراد معتاد نیز به نسبت متوسطی بالا خواهد بود . با توجه به مقدار ضریب تعیین  $R^2=0/187$  مشخص شده که 18/7 درصد واریانس نیمرخ روانی در افراد معتاد توسط متغیر پیش بین (خوددوستداری آشکار) قابل تبیین می باشد .

بین خوددوستداری پنهان با نیمرخ روانی در افراد معتاد رابطه معنا داری وجود دارد .

جدول 8- ضریب همبستگی پیرسون بین خوددوستداری پنهان با نیمرخ روانی در افراد معتاد

نیمرخ روانی در افراد معتاد						متغیر (وابسته) ملاک
نتیجه آزمون	تعداد	سطح خطا ( $\alpha$ )	سطح معناداری ( $p$ )	ضریب تعیین ( $R^2$ )	ضریب همبستگی پیرسون ( $r$ )	
						متغیر پیش بین



						(مستقل)
H <sub>1</sub> تایید	50	0/05	0/04	0/139	0/374	خوددوستداری پنهان

بر اساس جدول 8 ملاحظه میشود مقدار آزمون همبستگی پیرسون ( $p = 0/04$  و  $r = 0/374$ ) بین خوددوستداری پنهان با نیمرخ روانی در افراد معتاد در سطح  $0/05$  معنادار می باشد. لذا فرضیه صفر رد و فرضیه پژوهش تایید میشود و نتیجه می گیریم که بین خوددوستداری پنهان با نیمرخ روانی در افراد معتاد رابطه معناداری وجود دارد. چون مقدار همبستگی مثبت و متوسط است وجود رابطه مستقیمی را می پذیریم

پس با اطمینان 95% نتیجه می گیریم که با بالا رفتن خوددوستداری پنهان، نیمرخ روانی در افراد معتاد نیز به نسبت متوسطی بالا خواهد بود. با توجه به مقدار ضریب تعیین  $R^2=0/139$  مشخص شده که 13/9 درصد واریانس نیمرخ روانی در افراد معتاد توسط متغیر پیش بین (خوددوستداری پنهان) قابل تبیین می باشد.

بین تنظیم شناختی هیجانی با اعتیاد رابطه معناداری وجود دارد.

جدول 9- ضریب همبستگی پیرسون بین تنظیم شناختی هیجانی با اعتیاد

اعتیاد						متغیر (وابسته)
نتیجه آزمون	تعداد	سطح خطا ( $\alpha$ )	سطح معناداری ( $p$ )	ضریب تعیین ( $R^2$ )	ضریب همبستگی پیرسون ( $r$ )	متغیر پیش بین (مستقل)
H <sub>1</sub> تایید	50	0/05	0/000	0/898	0/948	تنظیم شناختی هیجانی

بر اساس جدول 9 ملاحظه میشود مقدار آزمون همبستگی پیرسون ( $r = 0/948$  و  $p = 0/000$ ) بین تنظیم شناختی هیجانی با اعتیاد در سطح  $0/05$  معنادار می باشد. لذا فرضیه صفر رد و فرضیه پژوهش تایید میشود و نتیجه می گیریم که بین تنظیم شناختی هیجانی با اعتیاد رابطه معناداری وجود دارد. چون مقدار همبستگی مثبت و شدید است وجود رابطه مستقیمی را می پذیریم.

پس با اطمینان 95% نتیجه می‌گیریم که هر چه تنظیم شناختی هیجانی بالاتر باشد، اعتیاد نیز به نسبت شدیدی بالا خواهد بود. با توجه به مقدار ضریب تعیین  $R^2=0/898$  مشخص شده که 89/8 درصد واریانس اعتیاد توسط متغیر پیش بین (تنظیم شناختی هیجانی) قابل تبیین می‌باشد.

بین خود دوستداری با اعتیاد رابطه معنا داری وجود دارد.

جدول 10- ضریب همبستگی پیرسون بین خود دوستداری با اعتیاد

اعتیاد						متغیر (وابسته)
نتیجه آزمون	تعداد	سطح خطا ( $\alpha$ )	سطح معناداری ( $p$ )	ضریب تعیین ( $R^2$ )	ضریب همبستگی پیرسون ( $r$ )	متغیر پیش بین (مستقل)
$H_1$ تایید	50	0/05	0/003	0/336	0/580	خود دوستداری

بر اساس جدول 10 ملاحظه میشود مقدار آزمون همبستگی پیرسون ( $r = 0/580$  و  $p = 0/003$ ) بین خود دوستداری با اعتیاد در سطح 0/05 معنادار می‌باشد. لذا فرضیه صفر رد و فرضیه پژوهش تایید میشود و نتیجه می‌گیریم که بین خود دوستداری با اعتیاد رابطه معنی داری وجود دارد. چون مقدار همبستگی مثبت و متوسط است وجود رابطه مستقیمی را می‌پذیریم.

پس با اطمینان 95% نتیجه می‌گیریم که هر چه خود دوستداری بالاتر باشد، اعتیاد نیز به نسبت شدیدی بالا خواهد بود. با توجه به مقدار ضریب تعیین  $R^2=0/363$  مشخص شده که 36/3 درصد واریانس اعتیاد توسط متغیر پیش بین (خود دوستداری) قابل تبیین می‌باشد. بین نیمرخ روانی با اعتیاد رابطه معنا داری وجود دارد.

## جدول 11- ضریب همبستگی پیرسون بین نیمرخ روانی با اعتیاد

نتیجه آزمون	تعداد	اعتیاد				متغیر پیش بین	متغیر ملاک
		سطح خطا ( $\alpha$ )	سطح معناداری ( $p$ )	ضریب تعیین ( $R^2$ )	ضریب همبستگی پیرسون ( $r$ )		
تایید $H_1$	50	0/05	0/004	0/158	0/398	نیمرخ روانی	

بر اساس جدول 11 ملاحظه میشود مقدار آزمون همبستگی پیرسون ( $r = 0/398$ ) و بین نیمرخ روانی با اعتیاد در سطح  $0/05$  معنادار می باشد. لذا فرضیه صفر رد و فرضیه پژوهش تایید میشود و نتیجه می گیریم که بین نیمرخ روانی با اعتیاد رابطه معنی داری وجود دارد. چون مقدار همبستگی مثبت و ضعیف است وجود رابطه مستقیمی را می پذیریم.

پس با اطمینان 95% نتیجه می گیریم که با بالا رفتن نیمرخ روانی، اعتیاد نیز به نسبت ضعیفی بالا خواهد بود. با توجه به مقدار ضریب تعیین  $R^2=0/158$  مشخص شده که 15/8 درصد واریانس اعتیاد توسط متغیر پیش بین (نیمرخ روانی) قابل تبیین می باشد.

### 5-1- بحث پژوهش و نتیجه گیری

- نتیجه فرضیه اول پژوهش مبنی بر وجود رابطه بین تنظیم شناختی هیجانی و خود دوستداری با نیمرخ روانی در افراد معتاد رابطه با 95 درصد اطمینان تایید شد. با توجه به جدول 5- ( $F = 7/323$ ) چون سطح معناداری  $P = 0/000$  در سطح اطمینان 95 درصد ( $\alpha = 5\%$ ) از  $0/05$  کوچکتر است، بنابراین، فرضیه صفر رد و فرضیه پژوهش تایید میشود و نتیجه می گیریم که بین تنظیم شناختی هیجانی و خود دوستداری با نیمرخ روانی در افراد معتاد رابطه معناداری وجود دارد. در این جدول مشاهده میشود که ضریب همبستگی چندگانه برابر  $R = 0/569$  می باشد. بعبارت دیگر تنظیم شناختی هیجانی و خود دوستداری در مجموع  $0/569$  با نیمرخ روانی همبستگی دارد. ضریب تعیین برابر با  $0/279$  شده است یعنی متغیرهای تنظیم شناختی هیجانی و خود دوستداری روی هم 27/9 درصد واریانس (تغییرات) متغیر نیمرخ روانی را تبیین می کنند.

نتایج یافته‌های این فرضیه با نتایج پژوهش‌های سپهری و حسین ثابت (1394)، رحیمی نسب (1394)، درتاج و شکبیا (1393)، یاوری، سعادت‌ی و حیدرنیا (1392)، عرفانی و پورسینا (1392)، طباطبایی، ابراهیمی ثانی و مرتضوی (1391)، حدادی، رستمی، رحیمی نژاد و اکبری (1391)، زارعی و اسدی (1390)، مرادی و بهرامی (1390)، بوتوین و همکاران (1980 تا 1995)، فیشر و اسکات (1994 تا 1996)، پاول و همکاران (1998)، روزن بلوم و ماگورا (1999)، فیشر و همکاران (2004)، جرناء، مونز و ناواس (2009)، رادی و همکاران (2013) و باردن و همکاران (2014) همسو می‌باشد.

نتیجه بیانگر اینست که خصیصه‌های روانی انسان‌ها یکی از مهمترین عوامل موثر در سوء مصرف مواد می‌باشد و مسلماً پی بردن به ارتباط حالت روانی به خصوص ویژگی‌های شخصیتی (نیمرخ روانی) انسانها با سوء مصرف مواد می‌تواند در پیشگیری یا کاهش این معضل کار ساز باشد (فخرایی، نفیسه، 1391). پژوهش‌های زیادی درباره نقش ویژگی‌های شخصیتی بر رفتار اعتیادی انجام شده است (بارنس، مورای، پاتن، بنتلر و اندرسون، 2000).

- یافته فرضیه دوم پژوهش نشان میدهد که بین تنظیم شناختی هیجانی و نیمرخ روانی در افراد معتاد رابطه معنا داری وجود دارد. براساس جدول 6 مربوطه ملاحظه میشود مقدار آزمون همبستگی پیرسون ( $r = 0/398$  و  $p = 0/004$ ) بین تنظیم شناختی هیجانی و نیمرخ روانی در افراد معتاد در سطح 0/05 معنادار می‌باشد. لذا فرضیه صفر رد و فرضیه پژوهش تایید میشود و نتیجه می‌گیریم که بین تنظیم شناختی هیجانی و نیمرخ روانی در افراد معتاد رابطه معنا داری وجود دارد. چون مقدار همبستگی مثبت و ضعیف است وجود رابطه مستقیمی را می‌پذیریم.

پس با اطمینان 95% نتیجه می‌گیریم که با بالا رفتن تنظیم شناختی هیجانی، نیمرخ روانی در افراد معتاد نیز به نسبت ضعیفی بالا خواهد بود. با توجه به مقدار ضریب تعیین  $R^2 = 0/158$  مشخص شده که 15/8 درصد واریانس نیمرخ روانی در افراد معتاد توسط متغیر پیش بین (تنظیم شناختی هیجانی) قابل تبیین می‌باشد.

نتایج یافته‌های این فرضیه با نتایج پژوهش‌های رفانی و پورسینا (1392) و پاول و همکاران (1998) همسو می‌باشد.

- یافته فرضیه سوم پژوهش نشان میدهد که بین خوددوستداری آشکار با نیمرخ روانی در افراد معتاد رابطه معنا داری وجود دارد. براساس جدول 7 ملاحظه میشود مقدار آزمون همبستگی پیرسون ( $r = 0/127$  و  $p = 0/038$ ) بین خوددوستداری آشکار با نیمرخ روانی در افراد معتاد در سطح 0/05 معنادار می‌باشد. لذا فرضیه صفر رد و فرضیه پژوهش تایید

میشود و نتیجه می‌گیریم که بین خوددوستداری آشکار با نیمرخ روانی در افراد معتاد رابطه معنا داری وجود دارد .

پس با اطمینان 95% نتیجه می‌گیریم که با بالا رفتن خوددوستداری آشکار ، نیمرخ روانی در افراد معتاد نیز به نسبت متوسطی بالا خواهد بود . با توجه به مقدار ضریب تعیین  $R^2=0/187$  مشخص شده که 18/7 درصد واریانس نیمرخ روانی در افراد معتاد توسط متغیر پیش بین (خوددوستداری آشکار) قابل تبیین می‌باشد .

نتایج یافته‌های این فرضیه با نتایج پژوهش‌های زارعی و اسدی (1390) ، عرفانی و پورسینا (1392) ، پاول و همکاران (1998) ، فیشر و همکاران (2004) ، جرنای، مونز و ناواس (2009) ، رادی و همکاران (2013) ، باردن و همکاران (2014) همسو می‌باشد .

- یافته فرضیه چهارم پژوهش نشان می‌دهد که بین خوددوستداری پنهان با نیمرخ روانی در افراد معتاد رابطه معنا داری وجود دارد . براساس جدول 8 ملاحظه می‌شود مقدار آزمون همبستگی پیرسون ( $r = 0/374$  و  $p = 0/04$ ) بین خوددوستداری پنهان با نیمرخ روانی در افراد معتاد در سطح 0/05 معنا دار می‌باشد . لذا فرضیه صفر رد و فرضیه پژوهش تایید می‌شود و نتیجه می‌گیریم که بین خوددوستداری پنهان با نیمرخ روانی در افراد معتاد رابطه معنا داری وجود دارد . چون مقدار همبستگی مثبت و متوسط است وجود رابطه مستقیمی را می‌پذیریم .

پس با اطمینان 95% نتیجه می‌گیریم که با بالا رفتن خوددوستداری پنهان ، نیمرخ روانی در افراد معتاد نیز به نسبت متوسطی بالا خواهد بود . با توجه به مقدار ضریب تعیین  $R^2=0/139$  مشخص شده که 13/9 درصد واریانس نیمرخ روانی در افراد معتاد توسط متغیر پیش بین (خوددوستداری پنهان) قابل تبیین می‌باشد .

نتایج یافته‌های این فرضیه با نتایج پژوهش‌های زارعی و اسدی (1390) ، عرفانی و پورسینا (1392) ، پاول و همکاران (1998) ، فیشر و همکاران (2004) ، جرنای، مونز و ناواس (2009) ، رادی و همکاران (2013) ، باردن و همکاران (2014) همسو می‌باشد .

- یافته فرضیه پنجم پژوهش نشان می‌دهد که بین تنظیم شناختی هیجانی با اعتیاد رابطه معنا داری وجود دارد . براساس جدول 9 ملاحظه می‌شود مقدار آزمون همبستگی پیرسون ( $r = 0/948$  و  $p = 0/000$ ) بین تنظیم شناختی هیجانی با اعتیاد در سطح 0/05 معنا دار می‌باشد . لذا فرضیه صفر رد و فرضیه پژوهش تایید می‌شود و نتیجه می‌گیریم که بین تنظیم

شناختی هیجانی با اعتیاد رابطه معناداری وجود دارد. چون مقدار همبستگی مثبت و شدید است وجود رابطه مستقیمی را می‌پذیریم.

پس با اطمینان 95% نتیجه می‌گیریم که هر چه تنظیم شناختی هیجانی بالاتر باشد، اعتیاد نیز به نسبت شدیدی بالا خواهد بود. با توجه به مقدار ضریب تعیین  $R^2=0/898$  مشخص شده که 89/8 درصد واریانس اعتیاد توسط متغیر پیش بین (تنظیم شناختی هیجانی) قابل تبیین می‌باشد.

نتایج یافته‌های این فرضیه با نتایج پژوهش‌های سپهری و حسین ثابت (1394)، رحیمی نسب (1394)، درتاج و شکیبیا (1393)، یاور، سعادت و حیدرنیا (1392)، عرفانی و پورسینا (1392)، طباطبایی، ابراهیمی ثانی و مرتضوی (1391)، حدادی، رستمی، رحیمی نژاد و اکبری (1391)، زارعی و اسدی (1390)، مرادی و بهرامی (1390)، بوتوین و همکاران (1980 تا 1995)، فیشر و اسکات (1994 تا 1996)، پاول و همکاران (1998)، روزن بلوم و ماگورا (1999)، فیشر و همکاران (2004)، جرناء، مونز و ناواس (2009)، رادی و همکاران (2013) و باردن و همکاران (2014) همسو می‌باشد.

- یافته فرضیه ششم پژوهش نشان می‌دهد که بین خود دوستداری با اعتیاد رابطه معنی داری وجود دارد. براساس جدول 10 ملاحظه میشود مقدار آزمون همبستگی پیرسون ( $r = 0/580$ ) و  $p = 0/003$  بین خود دوستداری با اعتیاد در سطح 0/05 معنادار می‌باشد. لذا فرضیه صفر رد و فرضیه پژوهش تایید میشود و نتیجه می‌گیریم که بین خود دوستداری با اعتیاد رابطه معنی داری وجود دارد. چون مقدار همبستگی مثبت و متوسط است وجود رابطه مستقیمی را می‌پذیریم.

پس با اطمینان 95% نتیجه می‌گیریم که هر چه خود دوستداری بالاتر باشد، اعتیاد نیز به نسبت شدیدی بالا خواهد بود. با توجه به مقدار ضریب تعیین  $R^2=0/363$  مشخص شده که 36/3 درصد واریانس اعتیاد توسط متغیر پیش بین (خود دوستداری) قابل تبیین می‌باشد.

نتایج یافته‌های این فرضیه با نتایج پژوهش‌های زارعی و اسدی (1390)، عرفانی و پورسینا (1392)، پاول و همکاران (1998)، فیشر و همکاران (2004)، جرناء، مونز و ناواس (2009)، رادی و همکاران (2013)، باردن و همکاران (2014) همسو می‌باشد.

نتیجه بیانگر اینست که اختلال شخصیت خودشیفته یکی از اختلالات شخصیت است که با یک الگوی مداوم از خود بزرگ‌پنداری، توهم قدرت یا اهمیت نامحدود و نیاز به تحسین یا رفتار خاص مشخص می‌شود. هسته شناختی، عاطفی و ویژگی‌های بین فردی و رفتار این

افراد شامل تکانشگری، دمدمی بود، به دنبال جلب توجه بود، عزت نفس پایین و ارتباطات بین فردی ناپایدار است که منجر به الگوی فراگیر مشکلات بین فردی و مشکلات شغلی می شود (کاسل، انیس و پریوا، 2017). مطالعات انجام شده در زمینه ارتباط اختلالات شخصیت و سوء مصرف مواد حاکی از این است اختلالات شخصیت و به ویژه خوشه دوم اختلالات شخصیت (نمایشی، مرزی، ضد اجتماعی و خودشیفته) با سوء مصرف مواد مرتبط است (بخشی پورودسری، محمود و علیلو ایرانی، 1387؛ مولوی و همکاران، 1388؛ عباسی، 1393؛ تاتاری و همکاران، 1394؛ هسین و همکاران، 2011؛ کولپارت، وانگدرپلاسچن، مایر، بروکارت و دیفرایت، 2012؛ کاسادیو و همکاران، 2014).

- یافته فرضیه هفتم پژوهش نشان میدهد که بین نیمرخ روانی با اعتیاد رابطه معنی داری وجود دارد. براساس جدول 11 ملاحظه میشود مقدار آزمون همبستگی پیرسون ( $r = 0/398$ ) و  $p = 0/004$  بین نیمرخ روانی با اعتیاد در سطح  $0/05$  معنادار می باشد. لذا فرضیه صفر رد و فرضیه پژوهش تایید میشود و نتیجه می گیریم که بین نیمرخ روانی با اعتیاد رابطه معنی داری وجود دارد. چون مقدار همبستگی مثبت و ضعیف است وجود رابطه مستقیمی را می پذیریم.

پس با اطمینان 95% نتیجه می گیریم که با بالا رفتن نیمرخ روانی، اعتیاد نیز به نسبت ضعیفی بالا خواهد بود. با توجه به مقدار ضریب تعیین  $R^2 = 0/158$  مشخص شده که  $15/8$  درصد واریانس اعتیاد توسط متغیر پیش بین (نیمرخ روانی) قابل تبیین می باشد.

## 2-5- محدودیت های پژوهش

همانند سایر پژوهش ها به انجام رساندن این پژوهش نیز با موانع و محدودیت هایی همراه بوده است که ذکر برخی از آنها می تواند تلاش علمی آیندگان را بیشتر مقرون به دقت و سرعت و صحت نماید.

هر پژوهشی که به کمک پرسشنامه انجام شود، امکان بوجود آمدن درک نادرست و متفاوت از سوالات پرسشنامه وجود دارد و این موضوع می تواند صحت و دقت نتایج را تحت الشعاع قرار دهد. به همین دلیل، ضمن توضیح ماهیت علمی پژوهش و دادن اطمینان به آزمودنی ها، نکات پرسشنامه تشریح شد تا از هرگونه خطا جلوگیری شود.

با توجه به اینکه امکان دسترسی به برخی از پژوهشهای خارجی به صورت کامل وجود نداشت پژوهشگر به چکیده آنها اکتفا کرده که احتمال چندان وافی به مقصود نباشد.

تبدیل کیفیت به کمیت برای کارهای آماری از جمله محدودیت‌های این پژوهش است .

### 3-5- پیشنهادات پژوهشی

- بررسی مکانیسم‌های دفاعی با نیمرخ روانی در افراد معتاد

- بررسی تاب‌آوری با نیمرخ روانی در افراد معتاد

### 4-5- منابع فارسی

1. اتکینسون و هیلگارد (1992). «زمینه‌ی روان‌شناسی». ترجمه براهنی و همکاران، 1392. جلد یک و دو، انتشارات رشد.
2. پرویزی، سرور؛ احمدی، فضل‌اله؛ نیک بخت نصرآبادی، علیرضا. (1383). اعتیاد از نگاه نوجوانان: یک پژوهش کیفی، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، دوره 10، شماره 3، صص 250-257.
3. پروین، ج (1391). «شخصیت». ترجمه محمد جعفر جوادی و پروین کدیور، تهران: آبیژ، تاریخ انتشار به زبان اصلی 1999.
4. تقی‌لو، ص؛ صالحی، م؛ کوشکی، ش (1389). «مدل ساختاری روابط بین صفات شخصیت، حل مسئله اجتماعی و بهزیستی ذهنی». مجموعه مقالات سومین کنگره انجمن روان‌شناسی ایران، صص 218.
5. خلعتبری، جوادی؛ بازرگانیان، ناهید. (1390). مقایسه افسردگی، اضطراب و استرس در مصرف‌کنندگان تریقی مواد مخدر، مبتلا و غیرمبتلا به HIV/AIDS، مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره 20، شماره 78، صص 76-83.
6. دادستان، پریخ؛ علی‌بخشی، زهرا؛ پاکدامن، شهلا (1387). «سبک‌های مکانیزم دفاعی در انواع شخصیت خود دوستدار: یک همبستگی بنیادی» مجله روانشناسی تحولی. سال سوم. شماره 18، 99-110.
7. شاملو، سعید (1392). «مکاتب و نظریه‌ها در روان‌شناسی شخصیت»، تهران: رشد.
8. شریفی درآمدی، پرویز (1380). «روان‌شناسی تحولی»، تهران: خوشنواز.
9. شولتز، دوان؛ شولتز، سیلانی ال (1999). «نظریه‌های شخصیت»، ترجمه یحیی سیدمحمدی، 1393، تهران: نشر ویرایش.
10. شولتز، دوان (1999). «نظریه‌های شخصیت»، ترجمه یوسف کریمی، 1393، تهران: ارسباران.
11. فیست، چس و فیست، گریگوری (2013). نظریه‌های شخصیت، ترجمه: یحیی سید محمدی، تهران: نشر روان.
12. کاوه، محمد حسین، شجاعی زاده، داود، شاه محمدی، داود، افتخار اردبیلی، حسن، رحیمی، عباس. بوالهری، جعفر. (1382). تعیین نقش معلمان در زمینه بهداشت روانی در مدارس ابتدایی. فصلنامه پایش. سال اول. شماره 2، صص 95-103.
13. کریمی، یوسف (1394). «روان‌شناسی شخصیت». تهران: دانشگاه پیام نور.
14. محمدزاده، علی (1388). اعتبارسنجی پرسشنامه شخصیت خودشیفته (NPI). مجله اصول بهداشت روانی، سال 11، 276-281.
15. میلانی فر، بهروز (1380). بهداشت روانی، تهران: نشر قدس.
16. میلانی فر، بهروز (1374). بهداشت روانی. تهران: نشر قومس.



17. احمد خانی ، لیلا ؛ رجا مند ، سولماز ؛ دهقانپور ، مصطفی ؛ شاکریان ، زینب ؛ نیک پور ، مریم (1396) . (( رابطه ی طرحواره های ناسازگار اولیه ، راهبردهای نظم دهی شناختی هیجانی و کمال گرایی با ناگویی هیجانی در بیماران قلبی. **مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری** ، دوره دوم ، شماره 10 .
18. بشارت ، محمد علی ؛ کریمی ، معصومه ؛ مرجانی ، نیما ؛ رحیمی نژاد ، عباس (1388) . (( مقایسه ناگویی هیجانی و هوش هیجانی در دانش آموزان تیز هوش و عادی . **مجله تازه های علوم شناختی**)) ، سال یازدهم ، شماره 4 ، 18-28 .
19. بشارت ، محمد علی ؛ گرانیامیه پور ، شیوا ؛ پور نقد علی ، علی ؛ افقی ، زهرا ؛ حبیب نژاد ، محمد ؛ آقایی ثابت ، سیده سارا (95-1393) . (( رابطه ناگویی هیجانی و مشکلات بین شخصی : نقش تعدیل کننده سبک های دلبستگی . **دوفصلنامه انجمن روانشناسی ایران** )) ، دوره نهم ، شماره 1 ، 3-16 .

### -5-5References

20. Carlson EA, Sroufe LA. Contribution of Attachment Theory to Developmental Psychology. New York: Wiley.1995.
21. Cole, L. Cohan, S. Stein, MB. (2006). Investigating the prediction and effects of managing resilience and mindfulness in the relationship between attachment to God and mental health in a sample of Chinese college students. **J Behav Res Ther**; 44: 585-599.
22. Connor, KM. Davidson, JRT. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). **Depress Anxiety**, 18:76
23. Coreylee, M. Keyes, F. (1998). Eniocry university, social psychology quarterl, vol , 61, no .2, 121-140.
24. David, G. Myers, E. (1995). Hope college and university of Illinois, **American Psychological society**, vol 6, no 1, junury.
25. Feruid, A. (1928). International Journal of Behavior Development. Vol 20, 63-82.
26. Fontain, K.L. (2007). Ed. Mental health nursing. 5th ed. London: Prentice Hall.
27. Freedman, J., (1978). Happy people: What happiness is, who has it and why. **New York: Harcourt. Brace Jovanovich.**
28. Eysenk, M.W., Tallis, F., (1945). A questionnaive for the measurement of non-pathological worry. **Personality and Individual Differences**, 13.
29. Garmezy, N. Masten, A. (1991). The protective role of competence indicators in children at risk. In E. M.Cummings, A. L. Green, & K. H. Karraki (Eds.), Life span developmental psychology: Perspectives on stress and coping, **Hillsdale, NJ: Lawrence**; 12:151-174).
30. Galanter, M., (2006). Innovations: Alcohol and drug abuse: Spirituality in alcoholics anonymous: A valuable adjunct to psychiatric services. **Psychiatric Services**, 5 (3), 307-309.
31. Hally, P.C. (2000). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. **American Psychologist**, 58, 64-74
32. Kaplan, H., & Sadocks B. (2007). Synopsis of psychiatry. 9th Ed. Lippincott Williams and Wilkins.
33. Kumpfer, K. L. (1999). Factor and processes contributingto resilience: The resilience framework. In: M. D.Glantz& J. L. Johnson (Eds.), Resilience and development. **New York: Kluwer Academic Publishers.** pp. 179 -224.
34. Lazarus, R.S. (2004). Psychological stress and coping process; Role of health problems. **Journal of Behavioral Medicine**; Vol. 62. P. 385-398
35. Lazarus, R.S., (1985). Stress, appraisal and coping. **New York: Springe**: 127-139.
36. Martin, P.R., Weinberg, B.A., & Bealer, B.K. (2007). Healing addiction: An in tegrated pharmacopsy chosocial approach to treatment. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
37. Mirashtiani E. Sociology of addiction in Iran. Tehran: Mohajer Pub 2006. [Persian]
38. Martin, P.R., Seligman, B.A., (1988). Healing addiction: An in tegrated pharmacopsy chosocial approach to treatment. **Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.**
39. Masten A. (2001). Ordinary magic: resilience processes in development. **Am Psychol**, 56:227
40. Maddi, S. (1989). Personality theories, **Wadsworth, INC.**



پژوهش‌های علمی علوم روان‌شناسی  
۹۷۱۸۰-۹۰۱۰۱



41. Power, M., Dalgleish, T., (2008). Cognition and emotion: From order to disorder. **Hove, UK: Psychology Press.**
42. Raskin, R.N., & Hall, C.S. (1981). The narcissistic personality inventory: Alternative form reliability and further evidence of construct validity. *Journal of Personality Assessment*, 45, 159-166.
43. Ryan, R.M. E.L. Deci. (2005). On Happiness and Human Potential: A Review of Research on Hedonic and Eudemonic well-being, **Annual Review of Psychology**, 52, P.141-166
44. Seligman, M.E.P., Mahali, Z., (2001). Positive psychology: An introduction. **Psychologist**, 55, 5-14.
45. Siom SH. Prevalence of drug abuse among boys of different universities in Rasht in year 2006. *Journal of Medical Sciences* 2007; 8(4): 9-15. [Persian]
46. Waler, A. M. (2001). Attention performance in young adults with learning disabilities. **Learning and Individual Differences**, 14, 125-133.
47. Wellsh, A. (2003). A short form of thinking cognitive. **Behavior Research and therapy**, 42 (40): 385-396.
48. West, R. (2006). Theory of addiction, Blackwell Publishing, Oxford, 9-28
49. Wolk, S., (2008). Joy in School. The Positive Class room. **A.S.C.D.** Vol 66, N. 1, pp. 8-15.
50. World Health Organization library cataloguing. In publication data, value adolescent invest in the future. Educational package. Regional office for the Western Pacific Manila Philippine. WHO 2003.

Archive of SID