

رابطه ساده و چندگانه خودشیفتگی پاتولوژیک و خودکنترلی در پیش‌بینی خودکارآمدی ترک اعتیاد

سید جواد حسینی^۱، مهسا بابامحمدی^۲، حسن نوروزی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۲/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۶/۲۰

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه خودشیفتگی پاتولوژیک و خودکنترلی با خودکارآمدی ترک اعتیاد در بیماران تحت درمان داروهای نگهدارنده بود. **روش:** طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع مطالعات همبستگی بود. به این منظور تعداد ۳۵۶ نفر از بیماران تحت درمان داروهای نگهدارنده همچون متادون و بوپرنورفین در کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر سمنان به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب و پرسش‌نامه‌های خودشیفتگی پاتولوژیک پینکاس و همکاران، خودکنترلی شناختی گراسمیک و همکاران و خودکارآمدی ترک اعتیاد برامسون را تکمیل کردند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین خودشیفتگی پاتولوژیک و خودکنترلی با خودکارآمدی ترک اعتیاد رابطه مثبت وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد خودشیفتگی پاتولوژیک و خودکنترلی ۲۰ درصد از واریانس خودکارآمدی ترک اعتیاد را پیش‌بینی می‌کنند. **نتیجه‌گیری:** می‌توان گفت ترکیب خودشیفتگی تعدیل شده و خودکنترلی بالا می‌تواند خودکارآمدی افرادی که سابقه مصرف مواد داشته‌اند و تحت درمان داروهای نگهدارنده قرار گرفته‌اند را افزایش دهد و در ادامه درمان این افراد، انجام مداخلات روان‌شناختی ضروری به نظر می‌رسد. **کلیدواژه‌ها:** خودشیفتگی پاتولوژیک، خودکنترلی، خودکارآمدی ترک اعتیاد، متادون و بوپرنورفین

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران، پست الکترونیکی:

dr.hoseini70@yahoo.com

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

مقدمه

سوء مصرف مواد به الگویی غیر انطباقی از مصرف مواد گفته می شود که منجر به مشکلات مکرر و پیامدهای سوء می شود و مجموعه ای از علائم شناختی، رفتاری و روان شناختی را در بر می گیرد (دهقانی، زارع، صدقی و پور موحد، ۱۳۸۸). در چند سال گذشته برای کاهش این علائم از متغیرهای مثبتی همچون خود کارآمدی، خود کنترلی، ذهن آگاهی استفاده شده است. اما در دهه های اخیر مطالعات زیادی در مورد اهمیت خود کارآمدی به عنوان پیش بین یا میانجی گر تأثیرات درمانی در حوزه های مختلفی از جمله آموزش، ورزش، وضعیت های مزمن پزشکی، آسیب شناسی روانی و اعتیاد انجام شده است (کادن ولیت^۱، ۲۰۱۱). در سوء مصرف کنندگان مواد نقش خود کارآمدی مربوط به این حوزه ها است: الف) تصمیم گیری برای تغییر روابطشان با داروها؛ ب) کاهش مصرف مواد در زمان درمان؛ ج) نگهداری و مراقبت از نتیجه درمان (لویس، ایگن، و موس^۲، ۲۰۰۷). براساس تعدادی از مطالعات (سارا، دولان، رزماریه و مارتین^۳، ۲۰۰۸؛ حنان، بدر و فیلیپ^۴، ۲۰۰۵ و جوزف، بورلسون، یفراه^۵، ۲۰۰۵) استدلال شده است که خود کارآمدی ممکن است به عنوان یک تعیین کننده شناختی مهم برای افزایش مهارت های سازشی در جلوگیری از بازگشت دارویی سوء مصرف کنندگان یا بهبود تأثیرات انواع مختلف برنامه های مداخله برای ترک تنباکو و دیگر داروها باشد. فنسیس، دنیس و اوریا کامب^۶ (۲۰۱۴) نشان داده اند بیمارانی که پس از ده سال درمان با ننگه دارنده های متادون و بوپرنورفین^۷ مورد بررسی قرار گرفتند سوء مصرف مواد در آن ها کاهش یافت و کیفیت زندگی شان بهبود پیدا کرد. یافته های آپلت^۸ (۲۰۱۴) نشان داد که در درمان با بوپرنورفین تزریق دوزهای بالاتر به طور معناداری موفقیت درمانی را بالا می برد. خود کارآمدی ترک اعتیاد^۹ یکی از متغیرهای کلیدی است که امروزه مطرح می شود. اصطلاح خود کارآمدی برای اولین بار توسط بندورا^{۱۰} (۱۹۹۳) در نظریه یادگیری اجتماعی برای معنا بخشیدن به

1. Kadden & Litt
2. Levin, Egen & Moos
3. Dolan, Rosemarie & Martin
4. Hanan, Badr & Philip
5. Joseph, Burluson & Yifrah
6. Fatseas, Denis & Auriacombe
7. Buprenorphine & Methadone
8. Apelt
9. self-efficacy addiction withdrawal
10. Bandura

احساسات افراد از توانایی و کارآمدی در تولید، تغییر و کنترل رویدادهای روزمره زندگی، به کار برده شد (مولایی، شهیدی، وظیفه و باقریان، ۲۰۱۰). یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که خودکارآمدی یک ویژگی تعدیل‌کننده یا میانجی برای صفات دور برد^۱ می‌باشد (لنت، براون و هاکت^۲، ۱۹۹۴؛ و هیرشی و جنش^۳، ۲۰۱۵). ونگا و لانگ شور^۴ (۲۰۰۸) در ارتباط با خودکارآمدی ترک اعتیاد و سوء مصرف مواد، دریافتند که سطوح بالاتر خودکارآمدی در مصرف با افزایش احتمال پرهیز از هرئین ارتباط دارد و همچنین مقدار کمتری دارو بعد از دوره یک ساله پیگیری گزارش شد. بر اساس پژوهش ریلی^۵ و همکاران (۱۹۹۵) خودکارآمدی تحت تأثیر استفاده داروهای پس از مصرف با رفتارهای قبل از آن هماهنگ است، اما این تأثیر فقط در آغاز فاز تثبیت و بلافاصله قبل از شروع فاز مخروطی دیده می‌شود که در حقیقت سودمندی عنصر خودکارآمدی را در درمان اعتیاد نشان می‌دهد. یکی از مهمترین متغیرهایی که به نظر می‌رسد با خودکارآمدی ترک اعتیاد در ارتباط باشد خودشیفتگی پاتولوژیک^۶ است.

مفهوم خودشیفتگی پاتولوژیک به عنوان نیاز شدید برای تحسین و به رسمیت شناخته شدن همراه با مشکل در تنظیم این نیازها تعریف شده است (پینکاس و روچه^۷، ۲۰۱۱). در حالی که روان‌شناسان بالینی و روان‌پزشکان گرایش دارند که روی بزرگ منشی به عنوان ویژگی هسته‌ای اختلال شخصیت خودشیفته که در راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی آمده، تمرکز کنند (DSM-5؛ انجمن روانپزشکی آمریکا^۸، ۲۰۱۳). روان‌شناسان اجتماعی شخصیت، خودشیفتگی پاتولوژیک را به عنوان زنجیره‌ای متشکل از دو جنبه می‌دانند: بزرگ منشی و آسیب‌پذیری. بزرگ منشی شامل فرآیندهای درون روانی مانند سرکوب جنبه‌های منفی خود و تحریف اطلاعات بیرونی است که منجر به نگرش‌های محقانه و به وجود آمدن تصویری متورم از خود بدون وجود توانایی‌های لازم می‌شود. همچنین با توهمات قدرت نامحدود، برتری و کمال همراه است. بزرگ منشی

1. distal trait
2. Lent, Brown & Hackett
3. Hirschi & Jaensch
4. Wonga & Longshore

5. Reilly
6. pathological narcissism
7. Pincus & Roche
8. American Psychiatric Association

اغلب با استثمارگری، فقدان همدلی، حسادت زیاد، پرخاشگری و ابراز آسیب‌پذیری خودشیفته بیان می‌شود که تجارب آگاهانه از درماندگی، پوچی، عزت نفس پایین و شرم را در بر می‌گیرد (کاین، پینکاس و آنسل^۱، ۲۰۰۸؛ فاستر، مک کاین، هیبرتز، برانل و جانسون^۲، ۲۰۱۵). خودشیفته‌ها همچنین گرایش دارند تا اثرات و عواقب تصمیم‌گیری‌های آینده‌شان را کاهش دهند و پاداش‌های کوچک و فوری را نسبت به پاداش‌های طولانی مدت ترجیح می‌دهند (کریسل، کروزیرو و بوستر^۳، ۲۰۱۳؛ جانسون، کوئینگ و تاست^۴، ۲۰۱۰). افزون بر آن نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که افراد دارای سطوح بالای خودشیفتگی، دیدگاهی در مورد خود دارند که اغراق‌آمیزی و خودرایی از آن جمله است و تعجب‌آور نیست که رابطه‌ای مثبت بین باورهای کلی و عمومی خودکارآمدی و خودشیفتگی وجود داشته باشد (متیو و استیجین^۵، ۲۰۱۳). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که خودشیفتگی آشکار^۶ (ویژگی‌های بزرگ منشی-استثمارگری) فراتر از اعتماد به نفس و خودشیفتگی پنهان، سهم مثبت منحصر به فردی در خودکارآمدی افراد دارد. بنابراین افرادی که خودشیفتگی آشکار بالایی دارند گرایش به باور بیشتری به توانایی‌شان برای کسب اهداف دارند که چشم‌انداز کلی مثبت از زندگی را نشان می‌دهد. از این رو یافته‌ها در مورد خودکارآمدی موافق با فرض‌های اولیه‌ای است که خودشیفتگی آشکار یک صفت سازشی منطقی در افراد غیرپاتولوژیک است، در مقایسه با فرم پنهان خودشیفتگی که ناسازگارانه‌تر است (روز^۷، ۲۰۰۲). از سویی یافته‌ها نشان می‌دهند که پرسش‌نامه شخصیت خودشیفتگی^۸ تنها در خرده‌مقیاس خودشیفتگی آشکار به طور معناداری پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی است. ارتباط مثبت بین قدرت شخصیت خودشیفتگی و خودکارآمدی ممکن است حاکی از این باشد که خودکارآمدی عنصری سازگارانه‌تر از خودشیفتگی آشکار است (برانل، ۲۰۱۱). بروکس^۹ (۲۰۱۵) در پژوهش خود نشان داد که

1. Cain & Ansell
2. Foster, McCain, Hibberts, Brunell & Johnson
3. Cryse, Crosier & Webster
4. Koenig & Tost
5. Mathieu & St-Jean

6. Covert Narcissism
7. Rose
8. Narcissistic Personality Inventory (NPI)
9. Brookes

ارتباط منحصر به فردی بین خودشیفتگی آشکار، خودشیفتگی پنهان، خرده‌مقیاس‌های شخصیت خودشیفتگی و خودکارآمدی وجود دارد. یکی دیگر از مهمترین متغیرهایی که با خودکارآمدی ترک اعتیاد در ارتباط می‌باشد خودکنترلی^۱ می‌باشد.

خودکنترلی به عنوان توانایی خودداری از اعمال بیش از حد انگیزه‌ها، هیجانات یا تمایلات است (فرهنگ لغت مریام-وبستر^۲) و شامل حوزه‌های مختلف می‌باشد. تکانشگری، مسلماً بیشتر از همه مشکلات خودکنترلی مطالعه شده و یک ساختار چند وجهی است (اوندن^۳، ۱۹۹۹؛ دیک^۴ و همکاران، ۲۰۱۰) و شامل گرایش به واکنش‌های سریع و برنامه‌ریزی نشده نسبت به محرک‌های خارجی و داخلی همراه با کاهش توجه به پیامدهای منفی این واکنش‌ها به تکانش‌های فردی یا تکانش‌های دیگران، می‌شود (بریور و پوتنزا^۵، ۲۰۰۸؛ مولر، بارات، داگرتی^۶، ۲۰۰۱). خودکنترلی موثر در زندگی روزمره لازم است، مثلاً زمانی که افراد باید از بیان کینه‌توزانه، عجیب و غریب و یا افکار نامناسب اجتماعی خودداری کنند. در مورد مصرف مواد، آسیب دیدن کنترل دلالت بر استفاده بیش از حد از مواد یا در اغلب موارد استفاده بیشتر از آنچه که در نظر گرفته شده و همچنین اشاره به شکست تلاش افراد در کنترل یا کاهش استفاده دارد. این اختلالات در شاخص‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه‌ی ۵ برای مصرف‌کنندگان مواد آمده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). کراول و همکاران (۲۰۱۴) و اوگرمن و باکستر^۷ (۲۰۰۲) نشان دادند که خودکنترلی با خودکارآمدی رابطه مثبت داشته و با افزایش خودکنترلی، خودکارآمدی نیز افزایش می‌یابد. نتایج مطالعات از فرض نقص خودکنترلی در وابستگان و سوءمصرف‌کنندگان مواد حمایت می‌کنند (فیل مور^۸، ۲۰۰۳؛ گلداستاین^۹ و ولکو^{۱۰}، ۲۰۰۲؛ هستر، لابمن و یوسل^{۱۱}، ۲۰۱۰؛ جنش، آشنهارست،

1. Self-control
2. Merriam-Webster
3. Evenden
4. Dick
5. Brewer, & Potenza
6. Moeller, Barratt, & Dougherty
7. O'Gorman, & Baxter
8. Fillmore
9. Goldstein
10. Volkow
11. Hester Lubman, & Yücel

سروانتس، گرومن جیمز و پنینگتون^۱، ۲۰۱۴؛ یوسل و لوبمن، ۲۰۰۷). در پژوهش دیگری فتسیس و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند بیمارانی که پس از ده سال درمان با ننگه دارنده‌های متادون و بوپرونورفین مورد بررسی قرار گرفتند سوء مصرف مواد در آن‌ها کاهش یافت و کیفیت زندگی شان بهبود پیدا کرد. در این میان عامل خود کارآمدی که خود به عنوان مفهوم اصلی بسیاری از الگوها و تئوری‌های تغییر رفتار می‌باشد، به معنای باور یا اعتمادی است که یک شخص به قابلیت‌هایش در انجام دادن رفتار ویژه برای اتخاذ یک پیامد خاص دارد (سهرابی، هادین، دائمی و اصغرنژاد، ۱۳۸۸). بر اساس پژوهش‌های پیشین گزارش شده که خود کارآمدی پایین منجر به افزایش مصرف در مصرف کنندگان مواد می‌شود (بوتوین، گریفین، پائول و مکولی، ۲۰۰۳). نتایج یک مطالعه نشان داد هر چه مهارت‌های خود کارآمدی در افراد بیشتر باشد، احساس خود کنترلی بیشتری در امتناع قاطعانه از مصرف مواد دارند (محمدخانی، جزایری، محمدخانی، رفیعی و قاضی طباطبایی، ۱۳۸۷). از سویی نتایج پژوهش هریسون^۲ (۲۰۱۰) نشان می‌دهد خود کنترلی به عنوان یک تعدیل کننده در رابطه بین خودشیفتگی و پرخاشگری فیزیکی عمل می‌کند. ترکیب خود کنترلی پایین و خودشیفتگی، به عنوان دو ساختار جداگانه احتمال پاسخ پرخاشگرانه را افزایش می‌دهد و ترکیب خود کنترلی متوسط و خودشیفتگی تعدیل شده رفتار پرخاشگرانه و سوء مصرف مواد را کاهش می‌دهد. افرادی که خودشیفتگی بالایی دارند خود کنترلی ندارند و بیشتر در خطر پاسخ‌های پرخاشگرانه فیزیکی و سوء مصرف مواد در برابر تعارضات بین فردی‌اند. در پژوهشی در ارتباط با خود کنترلی و سوء مصرف مواد نشان داده شد کسی که استفاده از مواد را کاهش می‌دهد احتمالاً به دنبال آن خود کنترلی بیشتری هم دارد (کینگ، فلیمنگ، موناهان و کاتالانو^۳، ۲۰۱۱). ماردپور، نجفی و امیری (۱۳۹۳) در پژوهشی نشان دادند که پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی از قابلیت‌های عملی خوبی برای مداخلات بالینی در کاهش ولع مصرف و میزان عود و همچنین افزایش خود کنترلی در معتادان برخوردار است. در بین دارو درمان‌ها،

1. Jentsch, Ashenhurst, Cervantes, Groman James, & Pennington
2. Harrison

3. King, Fleming, Monahan, & Catalano

آنتاگونیست مخدر در حال حاضر بهترین شواهد از اثربخشی کاهش مصرف مواد و افزایش خودکنترلی را دارند (لیمان، بوگارت، فوسیتو و بوئیگر، ۲۰۱۴). با توجه به مبانی نظری و پیشینه پژوهشی، و با توجه به نقشی که متغیرهای خودشیفتگی پاتولوژیک و خودکنترلی می‌توانند در خودکارآمدی ترک اعتیاد و جلوگیری از بروز این امر در جامعه داشته باشند هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی رابطه ساده و چندگانه خودشیفتگی پاتولوژیک و خودکنترلی در پیش‌بینی خودکارآمدی ترک اعتیاد بوده است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش حاضر توصیفی و از نوع مطالعات همبستگی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران با سابقه مصرف مواد در شهر سمنان در سال ۱۳۹۵ بودند که تحت درمان ترک اعتیاد با استفاده از داروهای متادون، بوپرنورفین و اپیوم قرار داشتند. بر حسب نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی، ۳۵۶ بیمار انتخاب و پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نمودند. شیوه نمونه‌گیری پژوهش بدین صورت بود که بر حسب نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی، از مجموع ۲۵ مرکز ترک اعتیاد معتبر در شهر سمنان، ۵ مرکز ترک اعتیاد به تصادف انتخاب شدند. لازم به ذکر است که تمامی مراکز نامبرده شده دارای بیمارانی بودند که تحت درمان با داروهای مذکور بودند؛ سپس از هر مرکز ترک اعتیاد تعداد ۷۱ بیمار واجد معیارهای ورود پژوهش، پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نمودند.

ابزار

۱- پرسش‌نامه خودشیفتگی پاتولوژیک: این پرسش‌نامه ۵۲ سوالی توسط پینکاس^۱، و همکاران، (۲۰۰۹) برای بررسی جنبه‌های بزرگ منشانه و آسیب‌پذیر خودشیفتگی ساخته شد. نمره‌گذاری به صورت مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای به شدت مخالفم (۱) تا به شدت موافقم (۷) می‌باشد و نمره‌های بالاتر بیانگر میزان بالاتری از خودشیفتگی پاتولوژیک

می‌باشد. خرده‌مقیاس‌ها عبارتند از: حرمت خود مشروط، بهره‌کشی، ارتباط با از خودگذشتگی، پنهان‌سازی خود، خیال‌پردازی بزرگ‌منشانه، بی‌ارزش‌سازی، خشم محق، خودشیفتگی بزرگ‌منشانه، و خودشیفتگی آسیب‌پذیر. همسانی درونی آن ۰/۸۰ گزارش شده است، همچنین این مقیاس با مقیاس شخصیت خود شیفته همبستگی مثبت ۰/۱۳ نشان داد (روایی همگرا). ضریب آلفای کرونباخ کل نیز در تحقیقی دیگر ۰/۹۵ گزارش شده است (بسیر و زیگلر-هیل^۱، ۲۰۱۰؛ پینکاس و همکاران، ۲۰۰۹). پرسش‌نامه خودشیفتگی پاتولوژیک در ایران توسط سلیمانی و همکاران (۱۳۹۴) در جامعه دانشجویان ایرانی مورد هنجاریابی قرار گرفت که نتایج همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های حرمت خود مشروط، بهره‌کشی، ارتباط با از خودگذشتگی، پنهان‌سازی خود، خیال‌پردازی بزرگ‌منشانه، بی‌ارزش‌سازی، خشم محق، خودشیفتگی بزرگ‌منشانه، و خودشیفتگی آسیب‌پذیر به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۵۷، ۰/۷۳، ۰/۶۴، ۰/۸۲، ۰/۷۳، ۰/۷۸، ۰/۸۲، ۰/۹۲ و کل مقیاس ۰/۹۳ بود. همچنین اعتبار بازآزمایی ۱۵ روزه برای هر یک از خرده‌مقیاس‌های فوق‌الذکر به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۲، ۰/۷۲، ۰/۷۴، ۰/۷۹، ۰/۶۹، ۰/۸۰، ۰/۸۱، ۰/۸۳ و کل مقیاس ۰/۸۴ بود (سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۴).

۲- مقیاس خودکنترلی شناختی: این مقیاس ۲۳ سوالی توسط گراسمیک، تایتل، بورسیک و آرنکلف^۲ (۱۹۹۳) به عنوان یک شاخص خودکنترلی ساخته شد. شرکت کنندگان به سوالات در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای، از به شدت مخالفم (۱) تا به شدت موافقم (۵) پاسخ می‌دهند که سوالات به طور مستقیم وضعیت خودکنترلی را مورد سنجش قرار می‌دهند. روایی و اعتبار این مقیاس در جمعیت‌های مختلف گزارش شده است (گراسمیک و همکاران، ۱۹۹۳؛ اوزدمیر، وازونی و کوک^۳، ۲۰۱۳). اسپنسر (۲۰۰۵) ضریب همسانی درونی آن را ۰/۹۲ گزارش کرده است. نتایج بررسی ملایی، ابوالقاسمی و آقا بابایی (۲۰۱۶) در نمونه ایرانی نشان داد که میزان آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۹۰ می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ پژوهش حاضر نیز ۰/۸۹ به دست آمد.

1. Besser & Zeigler-Hill
2. Grasmick, Tittle, Bursik & Arneklev

3. Ozdemir, Vazsonyi & Cok

۳- پرسش نامه خود کارآمدی ترک اعتیاد: این پرسش نامه توسط برامسون در سال ۱۹۹۹ ساخته شد که شامل ۱۶ سوال می باشد و چهار خرده مقیاس مهارت حل مسئله، مهارت تصمیم گیری، مهارت ابراز وجود و مهارت ارتباط را مورد سنجش قرار می دهد (دشتگرد، ۲۰۰۹). پاسخ ها به صورت ۷ گزینه ای و به صورت مقیاس لیکرت از به شدت مخالفم (۱) تا به شدت موافقم (۷) می باشند. این پرسش نامه در ایران توسط حبیبی، کارشکی، دشتگرد، حیدری، طلایی (۱۳۹۱) در میان مددجویان مراجعه کننده به کلینیک درمان و باز توانی اعتیاد رواسازی شده است. میزان اعتبار از طریق همسانی درونی برای خرده مقیاس های مهارت حل مسئله، مهارت تصمیم گیری، مهارت ابراز وجود و مهارت ارتباط به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۹۰ گزارش شده است.

یافته ها

ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	۱	۲	۳
۱. خودشیفتگی پاتولوژیک	۱۲۲/۰۸	۵۴/۱۲	۱		
۲. خود کنترلی	۴۹/۵۰	۱۲/۲۲	۰/۴۲*	۱	
۳. خود کارآمدی ترک اعتیاد	۶۲/۳۶	۱۶/۲۲	۰/۳۹*	۰/۳۴*	۱

*p < ۰/۰۱

به منظور پیش بینی خود کارآمدی ترک اعتیاد بر اساس خودشیفتگی پاتولوژیک و خود کنترلی از رگرسیون چند گانه به روش گام به گام استفاده شد. پیش از تحلیل رگرسیون مفروضات آن مورد بررسی قرار گرفت. ابتدا داده های پرت تک متغیری با استفاده از نمودار مستطیلی^۱ بررسی و نتایج نشان داد که هیچ داده پرت تک متغیری وجود ندارد. علاوه بر آن کجی و چولگی داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS محاسبه و نتایج نشان داد کجی و چولگی هیچ کدام از مقادیر بیشتر از ± 1 نمی باشد. مفروضه نرمال بودن داده ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف تک نمونه ای ارزیابی شد و نتایج

1. Box Plot

نشان داد این مفروضه برقرار است. علاوه بر آن یکسانی شکل توزیع متغیرها نیز با استفاده از نمودار مستطیلی بررسی شد. نتایج نشان داد که توزیع‌ها تقریباً هم‌شکل می‌باشند. افزون بر آن نمودار پراکنش توزیع تراکمی مقادیر مشاهده شده و مورد انتظار یک شیب ۴۵ درجه را نشان داد و همه نقاط روی خط قرار گرفتند که حاکی از نرمال بودن توزیع باقیمانده‌ها بود. به منظور بررسی استقلال خطاها از آماره دوربین واتسون استفاده شد. نتایج نشان داد مفروضه استقلال برقرار است ($DW=1/867$). مفروضه همخطی چندگانه از طریق آماره تلرانس و همچنین تورم واریانس (VIF) بررسی شد. نتایج نشان داد که کمینه تلرانس برابر با $0/822$ و بیشینه مقدار تورم واریانس برابر $1/216$ است که نشان می‌دهد همخطی چندگانه بین متغیرهای مستقل وجود ندارد.

جدول ۲: پیش‌بینی خودکارآمدی ترک اعتیاد بر اساس خودشیفتگی پاتولوژیک و خودکنترلی در گام آخر

متغیرها	آماره F	معناداری	B	Beta	آماره t	معناداری
خودشیفتگی	۴۷/۰۹	۰/۰۰۰۵	۰/۰۹۱	۰/۲۹۶	۴/۸۱۵	۰/۰۰۰۵
خودکنترلی	۳۱/۵۲	۰/۰۰۰۵	۰/۳۰۶	۰/۲۲۷	۳/۶۹۴	۰/۰۰۰۵

در ابتدا متغیر خودشیفتگی پاتولوژیک وارد معادله شد که توانست ۱۵ درصد از واریانس خودکارآمدی ترک اعتیاد را تبیین کند. در گام دوم و نهایی با اضافه شدن متغیر خودکنترلی میزان واریانس تبیین شده از ۱۵ درصد به ۱۹/۶ درصد افزایش یافت. بنابراین مجموعاً ۱۹/۶ درصد از واریانس خودکارآمدی ترک اعتیاد توسط متغیرهای خودشیفتگی پاتولوژیک و خودکنترلی تبیین شده است. ضرایب بتا برای هر دو متغیر خودشیفتگی پاتولوژیک ($\beta=0/296$) و خودکنترلی ($\beta=0/227$) مثبت است که نشان می‌دهد با افزایش میزان این متغیرها، خودکارآمدی ترک اعتیاد افزایش پیدا خواهد کرد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر رابطه ساده و چندگانه خودشیفتگی پاتولوژیک و خودکنترلی در پیش‌بینی خودکارآمدی ترک اعتیاد بود. بر اساس نتایج بین خودشیفتگی پاتولوژیک و خودکارآمدی ترک اعتیاد و خودکنترلی رابطه مثبت وجود دارد و از سوی دیگر بین خودکارآمدی ترک اعتیاد با خودکنترلی رابطه مثبت مشاهده شد. این نتایج بدان معناست

که با افزایش خودشیفتگی پاتولوژیک، خودکارآمدی ترک اعتیاد و خودکنترلی افزایش می‌یابد و نیز با افزایش خودکنترلی، خودکارآمدی ترک اعتیاد افزایش می‌یابد. این نتایج با مطالعات، هریسون (۲۰۱۰)، برانل (۲۰۱۱)، متیو و استیجین (۲۰۱۳)، کراول، کلی و شمیکیل (۲۰۱۴)، بروکس (۲۰۱۵)، هیرشی و جنش (۲۰۱۵) همسو بوده است. منظور از خودکارآمدی ترک اعتیاد در این مطالعه توانایی افراد برای دور ماندن از مصرف مواد مخدر و بهبود کیفیت زندگی خود با تحت درمان قرار گرفتن به وسیله داروهای نگهدارنده از قبیل متادون و بوپرنورفین است. افرادی که سطوح بالایی از خودشیفتگی را دارند، دیدگاهی اغراق‌آمیز همراه با احساس توانایی بالا دارند، پس تعجب‌آور نیست که رابطه‌ای مثبت بین خودکارآمدی ترک اعتیاد و خودشیفتگی وجود داشته باشد که این نتیجه با مطالعه، متیو و استیجین (۲۰۱۳) همسو است. همچنین در یافته‌های بروکس (۲۰۱۵) و هیرشی و جنش (۲۰۱۵) خودکارآمدی با خودشیفتگی ارتباط منحصر به فردی دارند. در این مطالعه یافته‌ها حاکی از آن است افرادی که تحت درمان با داروهای نگهدارنده هستند خودشیفتگی پاتولوژیک نشان می‌دهند که به نوبه خود آسیب‌زاست اما در پژوهش فتسیس و همکاران (۲۰۱۴) نشان داده شد بیماران که پس از ده سال درمان با نگه‌دارنده‌های متادون و بوپرنورفین مورد بررسی قرار گرفتند، سوء مصرف مواد و رفتارهای پاتولوژیک در آن‌ها کاهش یافت و کیفیت زندگی‌شان بهبود پیدا کرد. در واقع در تبیین این یافته‌ها می‌توان اینگونه استنباط کرد، افرادی که تحت درمان با داروهای نگهدارنده و مداخلات روان‌شناختی هستند و از مصرف مواد مخدر به دورند، توانایی و خودکارآمدی بالایی مرتبط با این که می‌توانند اعتیاد خود را ترک نمایند، دارند و این خود به نوبه‌ای با افزایش و رابطه مثبتی از خودشیفتگی همراه است که با گذشت زمان و انجام مداخلات درمانی این رابطه تعدیل پیدا می‌کند. خودکنترلی به عنوان توانایی خودداری افراد در حوزه‌های مختلفی از رفتار، انگیزه‌ها و تمایلات تعریف می‌شود. همانگونه که در تعریف مشهود است واژه "توانایی" در سه متغیر این پژوهش به صورت پنهان (خودشیفتگی پاتولوژیک) و آشکار (خودکارآمدی ترک اعتیاد) و خودکنترلی نمایانگر است. در واقع افرادی که تحت درمان با داروهای نگهدارنده هستند، به تبع

توانایی و خودکارآمدی بالا و احساس خودشیفتگی در این که می تواند اعتیاد خود را کنار بگذارد، خودکنترلی خود را در برابر مصرف مواد و اعمال بیش از حد در انگیزه‌ها، هیجانات یا تمایلات افزایش می دهند. پس می توان با توجه به "توانایی" افراد نتیجه گرفت که بین خودکارآمدی ترک اعتیاد (توانایی برای ترک اعتیاد)، خودکنترلی (توانایی در کنترل رفتاری و شناختی در برابر مصرف مواد) و خودشیفتگی (توانایی اغراق آمیز و پنهان در ترک اعتیاد به مصرف مواد) ارتباط مثبتی وجود دارد که این مهم در این پژوهش نشان داده شد و با یافته‌های پژوهشی اشاره شده همسو و منطبق بود.

افزون بر آن نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد خودشیفتگی پاتولوژیک و خودکنترلی به عنوان پیش‌بینی کننده‌های خودکارآمدی ترک اعتیاد بوده و ۱۹/۶ درصد از واریانس آن را تبیین می کنند. در واقع، خودشیفتگی و خودکنترلی پیش‌بینی به نسبت مناسبی از خودکارآمدی ترک اعتیاد را نشان می دهند. این نتایج با مطالعات، برانل (۲۰۱۱) و بروکس (۲۰۱۵) همسو است و با پژوهش هریسون (۲۰۱۰) ناهمخوان می باشد. در پژوهش برانل نتایج نشان داد بین خودکارآمدی ترک اعتیاد و خودشیفتگی ارتباط مثبتی وجود دارد و افرادی که تحت درمان با داروهای نگهدارنده هستند میزان توانایی شان برای ترک اعتیاد بالاتر است. همچنین در مطالعه بروکس این نتایج تکرار شد. اما در پژوهش هریسون نشان داده شد که ترکیب خودکنترلی پایین و خودشیفتگی، احتمال رفتار پرخاشگرانه و رفتارهای مخرب را افزایش می دهد. در تبیین این یافته می توان بدین صورت استنباط کرد که در مطالعات مختلف نشان داده شده، افرادی که سابقه مصرف مواد دارند معمولاً خودکنترلی پایینی در برابر مصرف مواد دارند و در نتیجه رفتارهای مخرب از خود نشان می دهند. در این مطالعه کسانی مدنظر قرار گرفته اند که تحت درمان با داروهای نگهدارنده و مداخلات روان‌شناختی هستند و این خود می تواند تبیین مناسبی برای یافته‌های این پژوهش باشد، چرا که طبق پژوهش فتسیس و همکاران (۲۰۱۴) با گذشت زمان افرادی که تحت درمان با ننگه دارنده‌های متادون و بوپرنورفین هستند سوءمصرف مواد در آنها کاهش یافت و کیفیت زندگی شان بهبود پیدا کرد. در واقع ترکیب خودکنترلی پایین و خودشیفتگی در پژوهش هریسون، در این پژوهش با مورد بررسی قرار دادن افرادی که

تحت درمان با داروهای نگهدارنده بودند، تعدیل پیدا کرد و رابطه مثبتی با خود کارآمدی ترک اعتیاد و توانایی و باور افراد برای این که بتوانند مصرف مواد را کنار بگذارند، به وجود آورد. این به نوبه خود از نقاط قوت و کلیدی اشاره شده در این پژوهش می باشد. پژوهش حاضر خالی از محدودیت نبوده لذا نخستین محدودیت این پژوهش مربوط به قلمرو مکانی و زمانی مطالعه است. این مطالعه بر روی کلینیک های ترک اعتیاد سمنان صورت گرفته است و لذا نمی توان یافته های آن را به سایر شهرهای کشور تعمیم داد و یا در صورت تعمیم دهی جوانب احتیاط باید رعایت شود. این پژوهش از نوع مطالعات همبستگی بوده و نمی توان از آن تبیین های علت و معلولی به عمل آورد. از آنجا که پیشگیری بر درمان مقدم است و با توجه به نتایج این پژوهش جا دارد به این پدیده به عنوان یک مشکل بهداشتی توجه جدی مبذول گردد. پیشنهاد می شود در کلینیک های مرتبط با ترک اعتیاد مداخلات روان شناختی بیشتری از قبیل درمان شناختی-رفتاری صورت گیرد تا میزان آسیب های مرتبط با خودشیفتگی پاتولوژیک کاهش یابد. همچنین برگزاری کلاس های آموزشی در جهت افزایش خودکنترلی در برابر مصرف مواد و کنترل تکانه ها و وسوسه ها توصیه می گردد. برای آن دسته از پژوهشگرانی که در حوزه اعتیاد فعالیت دارند، پیشنهاد می شود که با انجام پژوهش هایی مبتنی بر مداخلات روان شناختی از قبیل ذهن آگاهی، درمان شناختی-رفتاری و ... بر روی این بیماران میزان آسیب های خودشیفتگی آنان را کاهش دهند.

منابع

- انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روان بر اساس DSM-5. ترجمه فرزین رضاعی؛ سیدعلی فخرایی؛ اتوسا فرمند؛ علی نیلوفر؛ ژانت هاشمی آذر؛ و فرهاد شاملو (۱۳۹۴). تهران، ایران: انتشارات ارجمند.
- حیبی، رحیم؛ کارشکی، حسین؛ دشتگرد، علی؛ حیدری، عباس؛ و طلایی، علی (۱۳۹۱). روسازی و تعیین پایایی پرسشنامه خودکارآمدی ترک اعتیاد برامسون. *مجله پژوهشی حکیم*، ۱۵(۱)، ۵۹-۵۳.
- دهقانی، خدیجه؛ زارع، اصغر؛ دهقانی، حمیده؛ صدقی، هاجر؛ و پورموحد، زهرا (۱۳۸۸). شیوع و عوامل مرتبط با سوء مصرف مواد مخدر در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۸(۳)، ۱۶۹-۱۶۴.

سلیمانی، مهدی؛ پاست، نگین؛ مولایی، مهری؛ محمدی، ابالفصل؛ دشتی پور، معصومه؛ صفا، یاسمین و پینکاس، آرون (۱۳۹۴). ویژگی روان‌سنجی مقیاس خودشیفتگی مرضی. *روانشناسی معاصر*، ۱۰(۱)، ۹۵-۱۱۰.

سهرابی، فرامرز؛ هادیان، مینا؛ دائمی، حمیدرضا؛ و اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۸۷). اثربخشی برنامه آموزشی رفتارهای سالم در نگرش دانشجویان نسبت به سوء مصرف مواد. *مجله علوم رفتاری*، ۲(۳)، ۲۰۹-۲۲۰.

ماردپور، علیرضا؛ نجفی، محمود و امیری، فرنگیس (۱۳۹۳). اثربخشی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی در پیشگیری از عود، ولع مصرف و خودکنترلی در افراد وابسته به مواد افیونی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۳۲(۸)، ۸۷-۱۰۴.

محمدخانی، شهرام؛ جزایری، علیرضا؛ محمدخانی، پروانه؛ رفیعی، حسن؛ قاضی طباطبایی، محمود (۱۳۸۶). بررسی اثر مستقیم و غیرمستقیم باز خورد نسبت به مصرف مواد، کانون کنترل و توانمندی‌های فردی و اجتماعی بر مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر. *روانشناسی معاصر*، ۲(۱)، ۳-۱۲.

Apelt, S. M. (2014). Buprenorphine-naloxone induction-dosing predicts treatment outcome. *Drug & Alcohol Dependence*, 140, DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2014.02.040.

Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Education psychology*, 28(2), 48-117.

Besser, A., & Zeigler-Hill, V. (2010). The influence of pathological narcissism on emotional and motivational responses to negative events: The roles of visibility and concern about humiliation. *Journal of Research in Personality*, 44(4), 520-534.

Botvin, G. J., Griffin, K. W., Paul, E., & Macaulay, A. P. (2003). Preventing tobacco and alcohol use among elementary school students through life skills training. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 12(4), 1-17.

Brewer, J. A., & Potenza, M. N. (2008). The neurobiology and genetics of impulse control disorders: relationships to drug addictions. *Biochemical pharmacology*, 75(1), 63-75.

Brookes, J. (2015). The effect of overt and covert narcissism on self-esteem and self-efficacy beyond self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 85, 172-175.

Brunell, Amy B., Staats, S., Barden, J., & Hupe, J.M. (2011). "Narcissism and academic dishonesty: The exhibitionism dimension and the lack of guilt." *Personality and Individual Differences*, 50, 323-328.

Burleson, J. A., & Kaminer, Y. (2005). Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. *Addictive behaviors*, 30(9), 1751-1764.

Cain, N. M., Pincus, A. L., & Ansell, E. B. (2008). Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical psychology review*, 28(4), 638-656.

Cain, N. M., Pincus, A. L., & Ansell, E. B. (2008). Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical psychology review*, 28(4), 638-656.

- Crowell, A., Kelley, N. J., & Schmeichel, B. J. (2014). Trait approach motivation moderates the aftereffects of self-control. *Frontiers in psychology*, DOI: 10.3389/fpsyg.2014.01112.
- Crysel, L. C., Crosier, B. S., & Webster, G. D. (2013). The Dark Triad and risk behavior. *Personality and Individual Differences*, 54(1), 35-40.
- Heydari, A., Dashtgard A., & Emami Moghdam, Z. (2014). The Effect of Applying Bandura's Social-Cognitive Theory Upon the Quit Addiction in Clients Referring to Quit Addiction Clinic of Imam Reza Hospital in Mashhad. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(1), 19-23.
- Dick, D. M., Smith, G., Olausson, P., Mitchell, S. H., Leeman, R. F., O'Malley, S. S., & Sher, K. (2010). Review: understanding the construct of impulsivity and its relationship to alcohol use disorders. *Addiction biology*, 15(2), 217-226.
- Dolan, S. L., Martin, R. A., & Rohsenow, D. J. (2008). Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive behaviors*, 33(5), 675-688.
- Fatseas, M., Denis, C., & Auriacombe, M. (2014). Héroïne et opiacés. In *Addictions et comorbidités*, 437-247, ISBN/ISSN: 978-2-10-0711301-1.
- Fillmore, M. T. (2003). Drug abuse as a problem of impaired control: current approaches and findings. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 2(3), 179-197.
- Foster, J. D., McCain, J. L., Hibberts, M. F., Brunell, A. B., & Johnson, R. B. (2015). The Grandiose Narcissism Scale: A global and facet-level measure of grandiose narcissism. *Personality and individual differences*, 73, 12-16.
- Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1642-1652.
- Grasmick, H. G., Tittle, C. R., Bursik, R. J., & Arneklev, B. J. (1993). Testing the core empirical implications of Gottfredson and Hirschi's general theory of crime. *Journal of research in crime and delinquency*, 30(1), 5-29.
- Harrison, M. L. (2010). *The influence of narcissism and self-control on reactive aggression*. Graduate Theses and Dissertations, 55-57.
- Hester, R., Lubman, D. I., & Yücel, M. (2010). The role of executive control in human drug addiction. In *Behavioral neuroscience of drug addiction* (pp. 301-318). Springer Berlin Heidelberg.
- Heydari, A., Dashtgard, A., & Moghadam, Z. E. (2014). The effect of Bandura's social cognitive theory implementation on addiction quitting of clients referred to addiction quitting clinics. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 19(1), 19.
- Hirschi, A., & Jaensch, V. K. (2015). Narcissism and career success: Occupational self-efficacy and career engagement as mediators. *Personality and Individual Differences*, 77, 205-208.
- Jentsch, J. D., Ashenhurst, J. R., Cervantes, M. C., Groman, S. M., James, A. S., & Pennington, Z. T. (2014). Dissecting impulsivity and its relationships to drug addictions. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1327(1), 1-26.
- Jonason, P. K., Koenig, B. L., & Tost, J. (2010). Living a fast life. *Human Nature*, 21(4), 428-442.
- Kadden, R. M., & Litt, M. D. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 36(12), 1120-1126.
- King, K. M., Fleming, C. B., Monahan, K. C., & Catalano, R. F. (2011). Changes in self-control problems and attention problems during middle school predict

- alcohol, tobacco, and marijuana use during high school. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(1), 69-79, DOI: 10.1037/a0021958.
- Leeman, R. F., Bogart, D., Fucito, L. M., & Boettiger, C. A. (2014). Killing Two Birds with One Stone : Alcohol Use Reduction Interventions with Potential Efficacy at Enhancing Self-control. *Current addiction reports*, 1(1), 41-52.
- Lent, R. W., Brown, S. D., & Hackett, G. (1994). Toward a unifying social cognitive theory of career and academic interest, choice, and performance. *Journal of vocational behavior*, 45(1), 79-122.
- Levin, C., Ilgen, M., & Moos, R. (2007). Avoidance coping strategies moderate the relationship between self-efficacy and 5-year alcohol treatment outcomes. *Psychology of Addictive behaviors*, 21(1), 108-113, DOI: 10.1037/0893-164X.21.1.108.
- Lubman, D. I., Yücel, M., & Hall, W. D. (2007). Substance use and the adolescent brain: A toxic combination? *Journal of Psychopharmacology*, 21(8), 792-794.
- Mathieu, C., & St-Jean, É. (2013). Entrepreneurial personality: The role of narcissism. *Personality and Individual Differences*, 55(5), 527-531.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American journal of psychiatry*, 158(11), 1783-1793.
- Molaie, A., Shahidi, S., Vazifeh, S., & Bagherian, S. (2010). Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and movie therapy on improving abstinence self-efficacy in Iranian substance dependent adolescents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1180-1184.
- Mowlaie, M., Abolghasemi, A., & Aghababaei, N. (2016). Pathological narcissism, brain behavioral systems and tendency to substance abuse: The mediating role of self-control. *Personality and Individual Differences*, 88, 247-250.
- O'Gorman, J. G., & Baxter, E. (2002). Self-control as a personality measure. *Personality and Individual Differences*, 32(3), 533-539.
- Özdemir, Y., Vazsonyi, A. T., & Çok, F. (2013). Parenting processes and aggression: The role of self-control among Turkish adolescents. *Journal of adolescence*, 36(1), 65-77.
- Pincus, A. L., & Roche, M. J. (2011). Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability. *Handbook of narcissism and narcissistic personality disorder*, 31-40.
- Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. G., & Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological assessment*, 21(3), 365-379, DOI: 10.1037/a0016530.
- Reilly, P. M., Sees, K. L., Shopshire, M. S., Hall, S. M., Delucchi, K. L., Tusel, D. J., ... & Piotrowski, N. A. (1995). Self-efficacy and illicit opioid use in a 180-day methadone detoxification treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1), 158.
- Rose, P. (2002). The happy and unhappy faces of narcissism. *Personality and individual differences*, 33(3), 379-391.
- Wong, E. C., & Longshore, D. (2008). Ethnic identity, spirituality, and self-efficacy influences on treatment outcomes among Hispanic American methadone maintenance clients. *Journal of ethnicity in substance abuse*, 7(3), 328-340.